



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS  
CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE  
LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE  
COMUNICACIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD  
DE CUENCA FRENTE A LAS INFECCIONES DE  
TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA.**

**TESIS PREVIA A  
LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE  
MÉDICO**

***Autores***

**Jorge Roberto Rodas A.  
Elizabeth Orbe J.  
Juan Pablo Minchala A.**

***Directora y Asesora***

**Dra. Eulalia Freire Solano**

**CUENCA, ECUADOR  
2009**

*Dedicatoria*

*A todos los seres que con su afecto y comprensión me han ayudado llegar hasta aquí.*

*Jorge*

*Dedicatoria*

*A mis padres, a mis hermanas, a mi querido hijo Gabriel Matías y a mi esposo Juan.*

*Elizabeth*

#### *Dedicatoria*

*A todos quienes por alguna razón influyeron en mi vida, en especial a quienes dieron inicio a la misma; mis padres Luis y Juana, a mi compañera de vida Ely, y a la motivación más grande que tengo ahora, mi querido hijo Matías; a mis amigos de la familia, mi hermanos Cris e Ismael, a mi hermana Camila; y aunque nunca te pude conocer como una persona hecha, te llevo conmigo Xavier Sebastian. Mención especial para un grande, mi abuelo que nunca se irá de mi mente, Gabriel; a tu memoria.*

*Juan Pablo*

## **AGRADECIMIENTO**

*A los estudiantes y docentes de la Escuela de Comunicación Social, por su colaboración y simpatía, a los amigos y autoridades que de algún modo colaboraron con este proyecto, y en especial a una gran maestra, una verdadera socialista, una persona que ha luchado y lucha por los estudiantes y los pueblos de nuestra patria, la Doctora Eulalia Freire.*

*Los autores*

## **RESPONSABILIDAD**

Los conceptos emitidos en este informe son de exclusiva  
responsabilidad de sus autores.

***Jorge Roberto Rodas A.***  
***0301650610***

***Elizabeth Orbe J.***  
***0104294293***

***Juan Pablo Minchala***  
***0301453478***

## ÍNDICE

Contenido	página
<b>CAPÍTULO I</b>	
1.1. Planteamiento del Problema .....	1
1.2. Justificación.....	7
<b>CAPÍTULO II</b>	
2. Marco Teórico .....	9
2.1. La incidencia de ITS .....	9
2.2. Las teorías del aprendizaje .....	13
2.3. Teoría social cognitiva de Albert Bandura .....	15
<b>CAPÍTULO III</b>	
3. Hipótesis y Objetivos .....	22
3.1. Hipótesis.....	22
3.2. Objetivos .....	22
Objetivo General .....	22
Objetivos Específicos.....	22
<b>CAPÍTULO IV</b>	
4. Metodología .....	23
4.1. Tipo de estudio .....	23
4.2. Universo .....	23
4.3. Área de estudio.....	23
4.4. Variables .....	23
4.5. Relación empírica de variables.....	23
4.6. Operacionalización de las variables .....	24
4.7. Procedimientos y Técnicas.....	24
4.8. Análisis estadístico .....	29
4.9. Normas éticas .....	29
<b>CAPÍTULO V</b>	
5. Resultados .....	30
5.1. Cumplimiento del estudio .....	30
5.2. Características basales de la muestra.....	31
5.3. Evaluación de conocimientos .....	33
5.4. Evaluación de actitudes .....	37
5.6. Evaluación de prácticas .....	41
5.7. Autoeficacia para prevenir el SIDA .....	45
<b>CAPÍTULO VI</b>	
6. Discusión.....	49
<b>CAPÍTULO VII</b>	
7. Conclusiones y Recomendaciones .....	59
7.1. Conclusiones .....	59
7.2. Recomendaciones.....	60
<b>Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>62</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>66</b>

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar y modificar conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA en los estudiantes de una Escuela de la Universidad de Cuenca.

**Materiales y Método:** Con una modalidad antes y después se realizó un estudio cuasi experimental con la inclusión de 84 estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía a quienes se aplicó en el Pre-CAP un cuestionario para medir conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS y después de tres meses de una intervención educativa se midió la modificación Post-CAP.

**Resultados:** Todos respondieron el formulario Pre y Post-CAP. El promedio de edad de la muestra fue de  $21,3 \pm 2,2$  años (18 a 23), con un 56% de mujeres y un 86,9% de solteros. El 75% fueron católicos, el 89,3% viven en la zona urbana. La edad de inicio de vida sexual activa del 70,2% del grupo fue entre 15 y 19 años de edad.

Se obtuvo un significativo aumento en conocimientos sobre ITS: condiloma, herpes, sífilis, gonorrea, tricomonas y clamidiasis, y sobre signos y síntomas ( $P < 0,05$ ) aunque no sobre las vías de transmisión. En las actitudes hubo un incremento significativo en la recomendación a donde acudir en caso de portar una ITS ( $P = 0,002$ ), sobre uso del preservativo ( $P = 0,006$ ) y la recomendación de lavarse en caso de mantener relaciones con desconocidos ( $P = 0,023$ ). En las prácticas hubo aumento significativo en conversar con la pareja ( $P = 0,003$ ), disminución de relaciones en estado de embriaguez ( $P = 0,023$ ) y aumento del uso del preservativo en las relaciones fortuitas ( $P = 0,026$ ).

**Conclusiones.** Se consiguió incremento significativo en muchos conocimientos pero en pocas actitudes y prácticas. Podría ser que la población universitaria tenga conductas ya establecidas relacionadas con su nivel cultural y por tanto poco modificables. En general, la modificación de actitudes y prácticas requiere medidas más sustentables.

**Descriptores DeCS:** infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, conocimientos, actitudes y prácticas.



## SUMMARY

**Objective:** Evaluate and modify knowledge, attitudes and practices regarding sexual (STIs) and HIV/AIDS infections transmission among students of a school of the University of Cuenca.

**Materials and methods.** In a form before and after a study was conducted quasi experimental with the inclusion of 84 students of the school of communication social of the Faculty of Philosophy who applied in the Pre-CAP a questionnaire to measure knowledge, attitudes and practices within three months of an educational intervention and ITS measured changes Post-CAP.

**Results:** All responded the form Pre and Post-CAP. The average age of the sample was  $21.3 \pm 2.2$  years (18 to 23), with 56 % of women and 86.9 % of single men. 75 % Were Catholic, 89.3 per cent live in urban areas. The age of active sexual life 70,2 % of the group home was between 15 and 19 years of age.

Obtained a significant increase in knowledge about ITS: condiloma, herpes, syphilis, gonorrhea, tricomona and clamidiasis, and on signs and symptoms ( $P = 0.05$ ) but not on transmission routes. Attitudes there was a significant increase in the recommendation go in case of carry an STI ( $P = 0.002$ ), about condom use ( $P = 0.006$ ) and the recommendation of wash in case of relations with strangers ( $P = 0,023$ ). In practice there was significant increase in conversation with the couple ( $P = 0.003$ ), relations intoxicated decrease ( $P = 0,023$ ) and increased use of condoms in fortuitous relations ( $P = 0,026$ ).

**Conclusions.** Achieved significant increase in knowledge but few attitudes and practices. The university population could be established behaviours related to its cultural level and therefore little modifiable. In general, changes in attitudes and practices requires more sustainable measures.

**Key words:** STDs infections, HIV/AIDS, knowledge, attitudes and practices.

# **EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE COMUNICACIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA. CUENCA, ECUADOR, 2009.**

## **CAPÍTULO I**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La sexualidad es parte del escaño formado por la sociedad, biología y sicología dentro del desarrollo del ser humano, por lo que es indispensable la vigilancia de su normal desenvolvimiento, para lo cual, la información se vuelve prioritaria arma en el resguardo de este patrón tan importante para el hombre.

Nacen las interrogantes acerca del modo de quebrantar el custodio del mencionado derecho humano, por lo que se hace ineludible el explicar la concomitancia entre los diferentes integrantes de la triada ecológica, ésta no se puede escapar de definición puesto que el equilibrio entre el agente causal que en este caso se tornan en bacteria y virus que se escapan a la “ignorancia” de la gente, y toman cuerpo en el hospedero, que es hombre, para volverse enfermedad, trastocado por la influencia social, desempeñada de manera inefable por los medios de comunicación social y la ruptura de las culturas de los distintos pueblos, de nuestro nicho que es el mundo.

“... En el sistema capitalista todo es considerado como mercancía, los valores trastocados han hecho que la prostitución avance, a tal límite de la deshumanización completa, incluyendo a los niños y niñas en el negocio criminal de la prostitución; en este mundo lleno de hipocresía, nadie quisiera, en cambio tener que padecer que su hija se vendiera en el llamado comercio sexual, pero en nuestras comunidades: los hombres mayores compran a jovencitas, a los jóvenes solteros se les obliga a ir a los prostíbulos, las mujeres, los jóvenes, los niños y niñas tienen que recurrir al comercio sexual para su supervivencia...” (1)

Esclarecido queda que dentro del sistema social y económico en el cual se desenvuelve la sociedad actual, el conocimiento se ha vuelto una mercancía manejada por las grandes empresas transnacionales y los grupos de poder, es entonces, necesario evocar el pensamiento “quien maneja la información maneja el mundo”, puesto que en los países en vía de desarrollo, es mas que común revisar un creciente número de aspirantes de educandos esperando en las calles siendo presas de la desinformación y el analfabetismo, todo esto se traduce en un problema social serio que se presenta con mascara de prostitución y ropas de mendigos.

En este contexto, y analizando la realidad, debe decirse que la enfermedad son dos grandes aliados, enemigos acérrimos a los cuales todos los sistemas sociales deben atacar, es entonces necesario, rever las políticas para el control y erradicación de enfermedades que limitan el normal desarrollo de la vida sexual de las personas, dicho esto debemos hacer mención especial en el SIDA y en las ITS, pues ellas se encuentran en auge y con una progresión que de buena manera aunque no exitoso ha sido controlada en los últimos 8 años, esto se puede constatar en el último informe de la misión ONU/SIDA, en cuyo informe anual de este año se puede ver que el total de infectados por el VIH se ha mantenido como una constante en el periodo mencionado. Refiriéndonos a las ITS, existen dos patrones importantes: el primero, la desinformación de la población en riesgo que lamentablemente está conformada en su gran mayoría por adultos jóvenes; y el segundo, según los informes reportados por las diferentes vertientes de control y saneamiento de estos problemas de salud, se ha descrito una meseta en la gráfica de los últimos doce años a cerca del número de afectados por este hecho.

Cada día en el mundo, casi un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual (ITS), estas infecciones dan lugar a síntomas agudos, infecciones crónicas y graves consecuencias al cabo de cierto tiempo, como infertilidad, embarazo ectópico, cáncer cervicouterino y defunciones prematuras de lactantes y adultos. La presencia de ITS como sífilis, chancroide o infección genital por virus del herpes simple aumenta enormemente el riesgo de contraer o transmitir el VIH. Nuevas investigaciones indican que se da una interacción muy importante entre la infección muy temprana por VIH y otras ITS. Esa interacción podría explicar un 40% o más de los casos de transmisión del

VIH. A pesar de la evidencia acumulada, los esfuerzos para controlar la propagación de las ITS han perdido impulso en los últimos cinco años pues los esfuerzos se han reorientado hacia las terapias contra el VIH (2).

Los datos sobre la magnitud de las ITS en Latinoamérica son limitados, sin embargo entre los adolescentes mexicanos, la evidencia muestra que se trata de un importante problema de salud pública al que no se le ha dado la importancia debida: un estudio llevado a cabo con adolescentes escolarizados de entre 11-24 años en el estado de Morelos encontró una prevalencia de herpes simple tipo 2 (VHS 2) de 5.7% en promedio, con 9.2% en el caso de las mujeres estudiantes de secundaria, en tanto que otro estudio con adolescentes de 15-21 años en localidades urbanas pequeñas encontró una prevalencia de VHS 2 de 11% entre los sexualmente activos (3). Por otra parte, se ha documentado una Prevalencia de 18% del virus del papiloma humano en mujeres menores de 25 años.

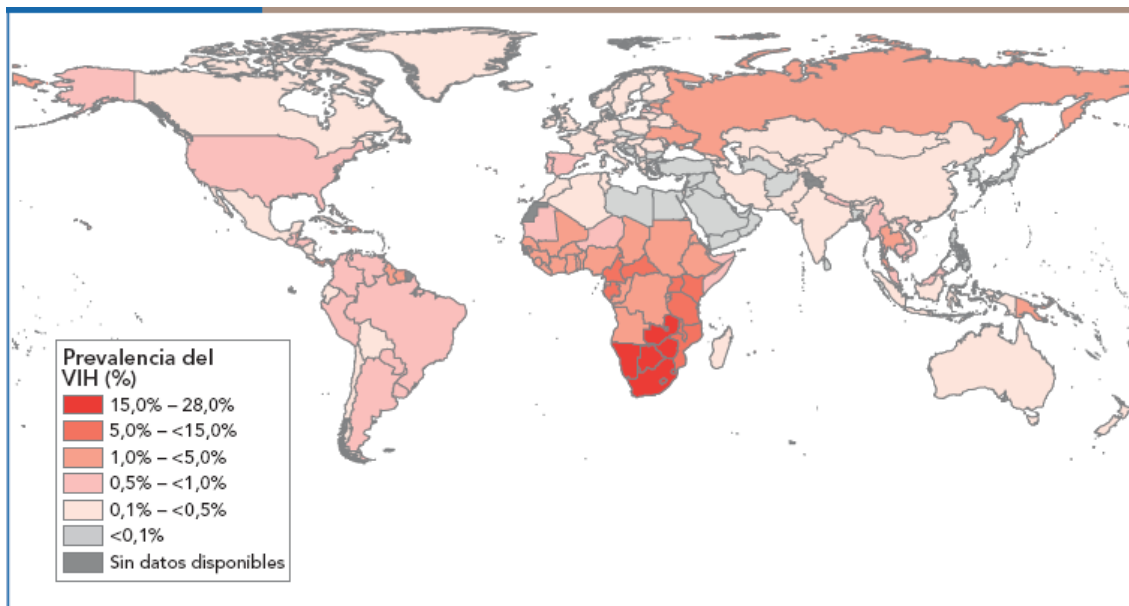
El aspecto central de estas cifras, que podrían parecer no muy elevadas en comparación con otras poblaciones, es que se refieren a un grupo con una vida sexual corta.

La organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia mundial de casos nuevos de ITS curables en 1995 -gonorrea, sífilis, clamidias, monilias y trichomonas- fue de 333 millones. La prevalencia mundial de infecciones activas o latentes de ITS virales crónicas comunes como el herpes virus simple genital, virus de la hepatitis B y en forma ascendente el VIH, se podría estimar en billones de casos en virtud de que en varias poblaciones la mayoría de los adultos se infectan con uno o más de estos patógenos (4).

En el año 2006 vivían con el VIH 39 millones de personas a nivel mundial, calculándose 11.000 nuevas infecciones cada día por el virus, el 95% ocurre en el tercer mundo, y corresponde casi el 50% a mujeres y lo más lamentable es que 1500 corresponden a menores de 15 años.

La enfermedad de inmunodeficiencia adquirida se conoció en 1981, el virus causante fue aislado en 1983. En esa época afectaba a varones homosexuales, actualmente la pandemia no discrimina el sexo.

Las vías de transmisión identificadas son la vía sexual, vertical, por transfusiones y por el uso de drogas inyectables a través del uso de agujas contaminadas.



Fuente: ONUSIDA 2007.

### ***Prevalencia:***

- África Subsahariana de 0.5% a 24.1% (mayor prevalencia en Botswana)
- Este de Asia de < de 0.1% a 1.1% (mayor en China, en ésta se está expandiendo la epidemia).
- Oceanía: de 0.1% a 1.8% (mayor y en expansión en Nueva Guinea).
- Sur y Sureste Asiático: de <0.1% a 0.9% (mayor en la India).
- Europa Oriental y Asia Central de <0.1% a 1.3% (mayor y en expansión en toda la región, es mayor en Latvia).
- Europa del Oeste y Europa Central: de < 0.1% a 0.6% (mayor en España).
- Africa del Norte y Medio Oriente: de < 0.1% a 1.6% (mayor en Sudan).
- Norteamérica: en Canadá es de 0.3% y en EEUU de 0.6%.
- Caribe: de 0.1% (Cuba) a 3.8% (Jamaica).
- Latinoamérica: de 0.1% (Bolivia) a 2.4% (Guyana). Brasil tiene una prevalencia de 0.5%, Argentina de 0.6%, Colombia de 0.6%, El Salvador de 0.9%, Guatemala de 0.9%, Panamá de 0.9%, Venezuela de 0.7%, y México, Costa Rica, Ecuador, Chile tienen una Prevalencia de 0.3% Según el informe de ONU/SIDA del año 2006. No hay actualización de estos datos.

Tomando en cuenta que las cifras de nuevas infecciones de transmisión sexual se incrementan cada año en el tercer mundo y que afectan cada vez con mayor fuerza a los adolescentes es urgente impulsar intervenciones educativas que sean efectivas no solo en el incremento de conocimientos sobre las mismas sino que tengan impacto en el cambio de comportamientos, a fin de que los adolescentes y los jóvenes adopten comportamientos seguros.

La infección VIH/SIDA, es vista actualmente como una amenaza para la seguridad humana y nacional como así lo ha considerado el consejo de seguridad de las Naciones Unidas (5), es así mismo urgente plantear propuestas educativas en prevención a las poblaciones militares debido a su vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en razón de algunas de sus características socioculturales y por ser poblaciones móviles son susceptibles a adoptar conductas de riesgo en el plano sexual (6-9).

### ***Por qué deben hacerse programas de prevención de las ITS y VIH/SIDA***

En diversos países, las tendencias favorables en la incidencia de la infección VIH se relacionan con programas de prevención y cambios de comportamiento (10). Las modificaciones en la incidencia, junto con la mayor mortalidad por SIDA, han provocado la nivelación de la prevalencia mundial del VIH (la proporción de personas que viven con el VIH/SIDA). África subsahariana, es la región con la mayor incidencia del VIH y de características muy diversas.

Los datos de las últimas encuestas resaltan el impacto desproporcionado de la epidemia de SIDA en las mujeres, sobre todo en África subsahariana, en donde, en promedio, hay tres mujeres VIH-positivas por cada dos varones; entre los jóvenes, esta relación se amplía considerablemente: tres mujeres jóvenes por cada varón del mismo grupo de edad.

Entre las nuevas tendencias más destacables, ONUSIDA resalta, los descensos recientes en la prevalencia nacional del VIH1 en dos países de África subsahariana (Kenya y Zimbabwe), en zonas urbanas de Burkina Faso y también en Haití, en el Caribe, junto

con indicios de un cambio significativo de comportamiento (como mayor utilización de preservativos, menos parejas e inicio más tardío de la actividad sexual). Igualmente la OMS señala que en la mayor parte del África meridional, la epidemia se ha estabilizado, pero a niveles muy altos. La prevención realizada desde 1990 en cuatro estados de la India, ha hecho que la prevalencia disminuya.

En Camboya y Tailandia, los descensos han sido uniformes y continuados en la prevalencia del VIH.

La prevalencia, en otros países: China, Indonesia, Viet Nam y Papua Nueva Guinea, esta en aumento, y los informes revisados en la bibliografía indican que en Bangladesh y Pakistán existen brotes de la epidemia. En Europa oriental y Asia central la Prevalencia es mayor en encuentra en Ucrania y la Federación de Rusia, que tiene la mayor epidemia de SIDA de toda Europa. En los Estados Unidos y en algunos países de Europa la epidemia ha reaparecido entre varones que tienen relaciones sexuales con varones; la epidemia en varones que tienen sexo con hombres es oculta en América Latina y Asia.

Se plantea que aquel individuo que haya tenido una ITS tiene 6 veces mayores posibilidades de enfermar de SIDA (11). En países como Mongolia la reciente liberalización de la sociedad ha influido considerablemente en el comportamiento de los adolescentes. Según la encuesta sobre salud reproductiva, el 9% de los adolescentes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años han empezado a procrear. Este índice alcanza el 25% en el grupo de adolescentes con 19 años.

Los esfuerzos de prevención del VIH entre los jóvenes siguen siendo insuficientes, aunque en varios países hay indicios de cambios de comportamientos. La meta para el 2005 era que el 90% de los jóvenes estuviera bien informado sobre el SIDA, las encuestas ponen de manifiesto que menos del 50% de jóvenes lo están. Las mujeres jóvenes están menos informadas que los varones. Un resultado alentador es que el porcentaje de jóvenes que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años ha disminuido y el uso del preservativo ha aumentado según el informe de ONU/SIDA del 2006. No se encuentran en la bibliografía datos específicos de indicadores de conocimientos

evaluados en nuestro país a excepción de un estudio realizado en Santo Domingo de Los Colorados; con respecto al Ecuador no existen datos sobre indicadores de conocimientos en la población sobre prevención de las ITS y VIH/SIDA, lo que refleja que en nuestro país no se han realizado esfuerzos en prevención bajo una línea programada como una política de Estado.

### ***ITS comunes:***

La Gonorrea es una enfermedad infecciosa transmitida por contacto sexual que afecta sobre todo a las membranas mucosas del tracto urogenital. Se caracteriza por un exudado purulento y está originada por una bacteria, el gonococo (*Neisseria gonorrhoeae*) cuyo periodo de incubación es de dos a siete días. (10, 11)

La Sífilis es una enfermedad infecciosa de transmisión sexual que está causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. La madre gestante puede transmitir la enfermedad al feto, originándose la llamada sífilis congénita, diferente, desde el punto de vista clínico, de la afección por transmisión sexual. (10, 11)

La Tricomoniasis es una infección del aparato urogenital del hombre por protozoos del género *Trichomonas*. En los seres humanos, la *Trichomonas vaginalis* se suele transmitir a través de las relaciones sexuales. En las mujeres es habitual encontrarlo en la vagina, donde con frecuencia origina sensación de quemazón, prurito y exudado irritativo; en los hombres puede afectar a la próstata; y en ambos sexos irritar la uretra y la vejiga. La administración oral de metronidazol erradica la infección; es necesario el tratamiento de los dos componentes de la pareja sexual (10, 11).

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

Es importante la facilitación de conocimientos en ITS y VIH/SIDA a los estudiantes por:

- Ser un grupo vulnerable a las ITS y VIH/SIDA



- Se describe que los infectados por el VIH en el presente periodo están constituidos en mas de un 40% por personas de entre 15 y 25 años, estando entre estas edades los estudiantes universitarios.
- Según el último estudio sobre este tema realizado en el año 2008 por alumnos de la Facultad de Ciencias Médicas se reveló un desconocimiento a cerca de clamidiasis, tricomoniasis, sífilis y gonorrea en la población universitaria.
- Es, entonces, importante intervenir en es este grupo de riesgo como contribución a los planes de control y prevención de las ITSy VIH/SIDA.
- El VIH es una amenaza no solamente para la comunidad universitaria sino también para su familia y la sociedad.
- No son suficientes los programas destinados a la prevención de las ITS y el VIH/SIDA en la comunidad universitaria.

Aceptando que la vida sexual de una persona promedio en nuestro medio inicia a los 14 años creemos que se hace necesario desarrollar planes de educación y comunicacion para mejorar aspectos esenciales para el desenvolvimiento adecuado del adolescente.

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son infecciones que se transmiten de una persona a otra a través de las relaciones sexuales vaginales, anales u, ocasionalmente, orales. Aunque el uso del preservativo puede reducir o evitar la transmisión de muchas de estas enfermedades, las ITS siguen siendo frecuentes y afectan cada año a 340 millones de personas en todo el mundo.

#### 2.1. La incidencia de ITS:

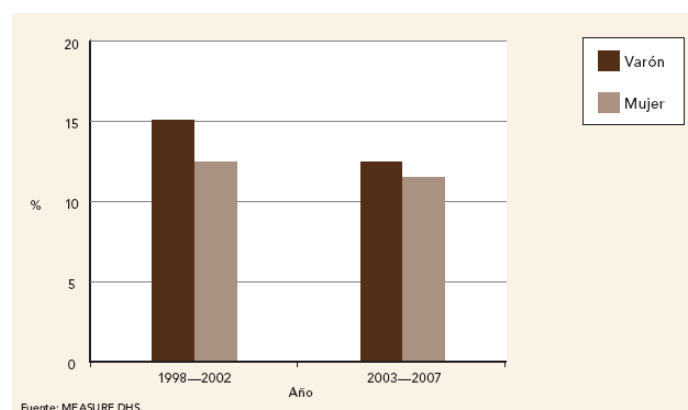
- Sífilis 12 millones a nivel mundial y 3 millones en América Latina y el Caribe.
- La incidencia global de tricomoniasis fue de 174 millones y 18,5 en América Latina y el Caribe
- La incidencia global de clamidia de 92 millones y 9.5 millones en América Latina y el Caribe; de blenorragia 62 millones a nivel global y 7.5 millones en América Latina (12-13).
- En cuanto al SIDA, se constató según fuentes de ONUSIDA, en 2007, que 33 millones de personas viven con la enfermedad , y este valor se ha estabilizado desde el año 2000.

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH					2. Fallecimientos a causa del sida			
País	Tasa (%) de mujeres jóvenes (15–24) 2007		Tasa (%) de varones jóvenes (15–24) 2007		Fallecimientos en adultos y niños 2007		Fallecimientos en adultos 2001	
	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]
Libano	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,4]	<200	[<500]	<200	
Jamahiriya Árabe Libia	...	...	...	...	...	...	...	...
Marruecos	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	<1000	[1500]	<500	
Omán	...	...	...	...	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	...	...	...	...	...
Arabia Saudita	...	...	...	...	...	...	...	...
Sudán	1,0	[0,6 – 1,5]	0,3	[0,2 – 0,5]	25 000	[17 000 – 32 000]	21 000	[9200]
República Árabe Siria	...	...	...	...	...	...	...	...
Túnez	<0,1	[0,1]	0,1	[<0,1 – 0,2]	<200	[<500]	...	...
Turquía	...	...	...	...	...	...	...	...
Emiratos Árabes Unidos	...	...	...	...	...	...	...	...
Yemen	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>América del Norte</b>	<b>0,7</b>	<b>[0,6 – 0,9]</b>	<b>0,6</b>	<b>[0,3 – 1,0]</b>	<b>23 000</b>	<b>[9100 – 55 000]</b>	<b>18 000</b>	<b>[8900]</b>
Canadá	0,2	[0,1 – 0,4]	0,4	[0,2 – 0,7]	<500	[<1000]	<200	
Estados Unidos de	0,3	[0,1 – 0,6]	0,7	[0,3 – 1,3]	22 000	[9000 – 54 000]	17 000	[8800]

Caribe	230 000	[210 000 – 270 000]	210 000	[180 000 – 240 000]	220 000	[200 000 – 250 000]
Bahamas	6200	[4000 – 8700]	5700	[4400 – 7500]	6100	[3900 – 8600]
Barbados	2200	[1500 – 3200]	2100	[1600 – 2800]	2200	[1500 – 3200]
Cuba	6200	[3600 – 12 000]	2400	[3900]	6200	[3600 – 12 000]
República Dominicana	62 000	[52 000 – 71 000]	65 000	[53 000 – 76 000]	59 000	[50 000 – 69 000]
Haití	120 000	[100 000 – 140 000]	98 000	[83 000 – 110 000]	110 000	[95 000 – 130 000]
Jamaica	27 000	[19 000 – 36 000]	23 000	[16 000 – 29 000]	26 000	[19 000 – 35 000]
Trinidad y Tobago	14 000	[9500 – 19 000]	12 000	[8200 – 17 000]	13 000	[9200 – 19 000]
América Latina	1 700 000	[1 500 000 – 2 100 000]	1 400 000	[1 200 000 – 1 900 000]	1 700 000	[1 400 000 – 2 000 000]
Argentina	120 000	[90 000 – 150 000]	100 000	[77 000 – 130 000]	120 000	[88 000 – 150 000]
Belice	3600	[2200 – 5300]	2900	[1700 – 4400]	3400	[2100 – 5000]
Bolivia	8100	[6500 – 11 000]	6200	[4900 – 8300]	7900	[6300 – 10 000]
Brasil	730 000	[600 000 – 890 000]	660 000	[520 000 – 810 000]	710 000	[580 000 – 870 000]
Chile	31 000	[23 000 – 39 000]	25 000	[20 000 – 32 000]	31 000	[23 000 – 39 000]
Colombia	170 000	[110 000 – 230 000]	140 000	[96 000 – 190 000]	160 000	[110 000 – 230 000]
Costa Rica	9700	[6100 – 15 000]	5200	[3200 – 8200]	9600	[6000 – 15 000]
Ecuador	26 000	[15 000 – 40 000]	19 000	[12 000 – 32 000]	25 000	[14 000 – 39 000]
El Salvador	35 000	[24 000 – 72 000]	28 000	[17 000 – 220 000]	34 000	[23 000 – 67 000]
Guatemala	59 000	[41 000 – 84 000]	52 000	[38 000 – 68 000]	53 000	[35 000 – 77 000]
Guyana	13 000	[7600 – 18 000]	12 000	[9500 – 17 000]	12 000	[7200 – 17 000]
Honduras	28 000	[18 000 – 44 000]	31 000	[18 000 – 61 000]	26 000	[17 000 – 42 000]
México	200 000	[150 000 – 310 000]	180 000	[130 000 – 260 000]	200 000	[140 000 – 300 000]
Nicaragua	7700	[5300 – 15 000]	4400	[3200 – 15 000]	7500	[5200 – 15 000]
Panamá	20 000	[16 000 – 26 000]	17 000	[13 000 – 21 000]	19 000	[15 000 – 26 000]
Paraguay	21 000	[12 000 – 38 000]	11 000	[7000 – 22 000]	20 000	[12 000 – 37 000]
Perú	76 000	[57 000 – 97 000]	57 000	[45 000 – 74 000]	74 000	[55 000 – 96 000]
Suriname	6800	[4200 – 12 000]	3500	[1700 – 5600]	6700	[4200 – 12 000]
Uruguay	10 000	[5900 – 19 000]	6300	[3400 – 25 000]	10 000	[5800 – 19 000]
Venezuela						

Fuente: informe mundial sobre la epidemia mundial del SIDA 2008

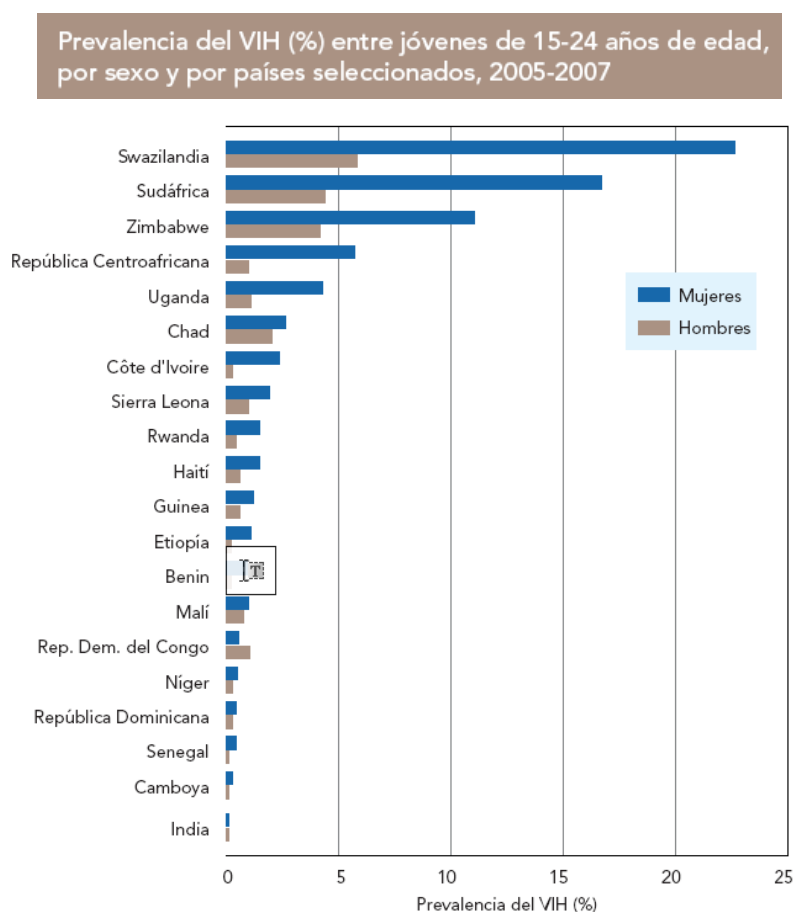
Los jóvenes son destinatarios importantes de la educación preventiva sobre ITS que incluye VIH/SIDA. En todo el mundo, alrededor de la mitad de adolescentes de 16 años son sexualmente activos y el ritmo de rotación de pareja alcanza su máxima intensidad entre los adolescentes y los jóvenes de poco más de 20 años. Según la OMS en el 2000 los jóvenes de entre 15-25 años representaron el 45% del total de infectados.



Porcentaje de jóvenes, según sexo, que tienen su primera relación sexual antes de los 15 años.

Fuente: ONU; Global Report 2008.

La utilización sistemática y apropiada del preservativo es limitada entre los jóvenes, lo que les predispone a contraer infecciones de transmisión sexual, por ejemplo, en los Estados Unidos, el 25% de los adolescentes sexualmente activos contrae una enfermedad de transmisión sexual cada año. Aproximadamente un 15% de las infecciones de VIH acumulativas correspondía a personas de entre 13 y 24 años de edad en 1999 y aproximadamente un 50% de los casos nuevos de infección por el VIH en ese país se produce entre los jóvenes (12).



Fuente: ONUSIDA 2007.

Las encuestas realizadas en 40 países indican que la mitad de los jóvenes tienen ideas erróneas de cómo se transmite el virus VIH, y existe un número muy alto de jóvenes que indican que con solo mirar a una persona se puede reconocer que tiene SIDA (13). El comienzo de la actividad sexual es antes de cumplir los 18 años, en la mayoría de los países, existiendo países especialmente los con recursos mas bajos, en los que los adolescentes comienzan su actividad sexual a edad muy temprana. La edad de la primera relación sexual en los adolescentes mexicanos es entre los 15 años a 17 años

para hombres y mujeres (16,17). En nuestro país un estudio realizado en Santo Domingo De Los Colorados, revela que el inicio de la actividad sexual es a los 13 y 14 años de edad (14), y refleja conocimientos erróneos en prevención.

Así mismo el uso del condón no es consistente en trabajadoras sexuales en el Ecuador.

Un estudio realizado en México en un grupo de hombres que tienen relaciones con hombres revela poco conocimiento sobre medidas preventivas. El uso del preservativo en la primera relación sexual es mayor en el varón que en las mujeres, los varones de las áreas rurales tienden usar menos el condón.

Desde las primeras estimaciones del uso del condón por los jóvenes solteros realizadas a mediados de la década de 1980, la curva del uso del condón se ha incrementado, pasando del 7% en 1985 a 33% en el año 2007 entre los hombres y de 5% a 27% entre las mujeres; el preservativo es utilizado mayoritariamente como método anticonceptivo por los adolescentes (16,18). Los estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los jóvenes indican que estos tienen una combinación de ansiedad e ignorancia, se preocupan del embarazo accidental, pero los varones subestiman el riesgo de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. El desconocimiento es el principal multiplicador del VIH/SIDA, el reconocer que los jóvenes tienen vida sexual y que no cuentan con el conocimiento adecuado para protegerse, lleva a establecer programas de prevención. En algunos países la mayoría de infecciones por el VIH se produce por inyección de drogas con equipos contaminados, relaciones sexuales no protegidas entre varones y comercio sexual peligroso.

La generación de jóvenes actual es la mayor de la historia, casi la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años (más de 3.000 millones de personas) el 85% se los jóvenes están viviendo en los países en desarrollo y 238 millones de jóvenes sobreviven con menos de un dólar diario; 88 millones de jóvenes se encuentran desempleados (15). Los jóvenes de 15 a 24 años son los más amenazados, el futuro de la epidemia tomará forma a partir de los actos de esos jóvenes, los pocos países que han logrado disminuir la prevalencia nacional del VIH lo han hecho sobre todo inculcando comportamientos más seguros entre los jóvenes.

En educación y promoción de la salud, los avances en la investigación que le da soporte a las intervenciones programáticas han ocurrido directa e indirectamente por la aplicación en la práctica de teorías y modelos desarrollados en las más diversas áreas del conocimiento, principalmente en las ciencias comportamentales y sociales, una de las teorías que han respaldado algunas intervenciones es la Teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura.

## **2.2. LAS TEORÍAS DEL APRENDIZAJE**

Existen dos grandes paradigmas en la sicología del aprendizaje:

**2.2.1.** El *conductismo* que tiene como representantes a: Watson, Thorndike, Skinner, Pavlov, Tolman.

*Thorndike* describe tres leyes en el aprendizaje: Del efecto, de ejercicio y de sin lectura que se basan en el estímulo y respuesta.

*Watson* ubica a la psicología con el carácter de las ciencias naturales, se observa la influencia del positivismo de Augusto Comte.

*Skinner*: la teoría de Skinner tiene como fundamento que la conducta es guiada por refuerzos primarios y secundarios.

*Tolman*: acuñó el término de variables internas, el nexo entre estímulo respuesta quedaba interrumpido por planos cognoscitivos no observables en la conducta del individuo, introdujo el término de aprendizaje latente que se reflejaba en la acción.

*Pavlov*: formula el reflejo condicionado.

**2.2.2.** El *cognitivismo* tiene a: Piaget, Bruner, Ausubel, Vigotsky como sus máximos exponentes.

Para **Piaget** la capacidad cognitiva y la inteligencia se encuentran estrechamente ligadas al medio social y físico.



**Ausubel**: De acuerdo al aprendizaje significativo, los nuevos conocimientos se incorporan en forma sustantiva en la estructura cognitiva del alumno. Esto se logra cuando el estudiante relaciona los nuevos conocimientos con los anteriormente adquiridos; pero también es necesario que el alumno se interese por aprender lo que se le está mostrando.

**Vigotsky** consideraba que el medio social es crucial para el aprendizaje, pensaba que lo produce la integración de los factores social y personal. El fenómeno de la actividad social ayuda a explicar los cambios en la conciencia y fundamenta una teoría psicológica que unifica el comportamiento y la mente. El entorno social influye en la cognición por medio de sus "instrumentos", es decir, sus objetos culturales (autos, máquinas) y su lenguaje e instituciones sociales (iglesias, escuelas). El cambio cognoscitivo es el resultado de utilizar los instrumentos culturales en las interrelaciones sociales y de internalizarlas y transformarlas mentalmente. La postura de Vigotsky es un ejemplo del constructivismo dialéctico, porque recalca la interacción de los individuos y su entorno.

Las teorías de Bruner tienen como punto de referencia a Vygotsky y Piaget; el punto de unión más fuerte entre la teoría de Vygotski y la de Bruner, es que, para ambos, la interacción y el diálogo son puntos claves en su teoría.

**2.2.3.** La teoría de Albert Bandura se acerca más a la teoría cognitivista al incursionar en lo social, aunque posee algunas características de la teoría conductista.

## Teorías del Aprendizaje

	Modelo Conductista	Modelo Cognitivista
	Watson, Skinner, Thordnike, Pavlov, Tolman	Piaget, Bruner, Ausubel, Vigotsky
<b>Objeto de Estudio</b>	La conducta observable	Representaciones mentales (mapas cognitivos, estrategias)
<b>Relación epistemológica</b>		
<b>Características del Sujeto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada individuo nace con la mente vacía en el cual se imprimen los datos de la realidad.</li> <li>• Es pasivo y reactivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posee estructuras previas que le permiten conocer</li> <li>• Es activo y productor.</li> </ul>
<b>Conocimiento</b>	Copia de la realidad	El sujeto construye su propio conocimiento.
<b>Protagonismo</b>	Hay un protagonismo del ambiente (Objeto)	El Sujeto es protagonista del proceso de conocimiento
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se apoya en el Empirismo.</li> <li>• Anticonstructivista</li> <li>• Asociacionista</li> <li>• Todas las conductas humanas se explican en términos de asociaciones de elementos simples.</li> <li>• Ambientalista: protagonismo en el objeto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se apoya en el Racionalismo.</li> <li>• Se tomó como modelo de análisis de la mente a la Cibernética o "metáfora del ordenador": La mente recibe, organiza y almacena información de una forma análoga a una computadora.</li> <li>• Es constructivista.</li> </ul>
Fuente: Freire, E. 2002		<b>Teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura</b> <b>Componentes en prevención</b> (1) cognitivo (2) conductual (3) fortalecimiento de la autoeficacia, y (4) el apoyo social.

### 2.3. TEORÍA SOCIAL COGNITIVA DE ALBERT BANDURA

**“...el entorno de uno causa nuestro comportamiento”.**

El aprendizaje es descrito como un proceso social influenciado por la interacción con otras personas. En la teoría social cognitiva el ambiente social y físico influyen en la formación y reforzamiento de las creencias que son determinantes de la conducta. Los conductistas consideran que el ambiente moldea al niño, pero los teóricos del aprendizaje social afirman que el niño también actúa sobre el ambiente.



Los procesos cognitivos se ponen en funcionamiento a medida que las personas observan los modelos aprenden "segmentos" de comportamientos y luego los ponen juntos en nuevos y complejos patrones. Los factores cognitivos, afectan la manera como una persona incorpora las conductas observadas.

La teoría del aprendizaje social sirve de puente entre el conductismo y la perspectiva. Esta teoría se basa en superar las barreras, en observar a nuestro alrededor, observar nuestra sociedad y cambiarla.

Un cambio en alguno de estos tres componentes-conductual, físico o social, influencia en los otros dos. La auto-eficacia, un componente esencial de la teoría, es que la persona crea sentirse capaz de poner en práctica la nueva conducta cuando se presente la ocasión, así las personas pueden autorregular su conducta; entonces un fundamento básico de la teoría es la del autocontrol.

El enfoque de la reciprocidad triádica de Bandura: en la cual la conducta, los factores personales, cognitivos y de otro tipo, y los acontecimientos ambientales actúan como determinantes interactivos. De esta manera, en la perspectiva cognitiva social, no se considera al ser humano gobernado por fuerzas internas ni controlado por estímulos externos sino que se considera el funcionamiento humano en términos del modelo de reciprocidad triádica (16).

Modelo de Reducción de Riesgo al SIDA sugiere que para poder cambiar la conducta uno debiera reconocerla como tal, luego comprometerse a reducir este tipo de conducta, y finalmente tomar acción para llevar a cabo el cambio deseado. Los factores que influyen en el movimiento entre las etapas incluyen el temor la ansiedad y las normas sociales.

### **2.3.1. El Constructo de la Autoeficacia**

La autoeficacia se define como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Estas creencias de eficacia ocupan un rol mediacional en el funcionamiento humano actuando a modo de filtro entre las

habilidades y logros anteriores del ser humano y su conducta subsiguiente (Zeldin, 2000). Para Bandura (1987) estas creencias de eficacia son mejores predictores de la conducta futura que las habilidades, los logros anteriores, o el conocimiento que el sujeto posea de la actividad a realizar, ya que la autoeficacia va a determinar que hace el sujeto con el conocimiento o las habilidades que posee (Valiante, 2000). Sin embargo, un funcionamiento competente requiere tanto precisión en las autopercepciones de eficacia como la posesión de habilidades reales y el conocimiento de la actividad a realizar, así como de los juicios del sujeto acerca de los resultados más probables que una conducta determinada producirá (expectativas de resultados). Todos estos componentes mantienen entre sí relaciones complejas que deben ser consideradas toda vez que se pretenda estudiar la utilidad predictiva de las creencias de autoeficacia.

La teoría social cognoscitiva establece que las personas que tienen un alto sentido de eficacia imaginan recompensas y éxitos, se forjan guías de acción y emplean mayores esfuerzos que otras para hacer frente a los retos. Esas personas generan expectativas de resultados favorables para sus acciones y cuanto más fuerte es su creencia de autoeficacia, más altas son esas expectativas. Al conjunto de estos atributos y a su funcionamiento activo y dinámico es a lo que esa teoría llama “agencia humana” (17), las creencias de autoeficacia afectan el comportamiento humano de cuatro formas:

Primero, la autoeficacia influye en la elección de actividades y conductas. Las personas tienden a elegir y comprometerse en actividades en las cuales se consideran altamente eficaces y tienden a evitar aquellas en las cuales se consideran ineficaces.

Segundo, la autoeficacia determina cuanto esfuerzo invierten las personas en una actividad, como así también cuán perseverantes serán estas frente a los obstáculos que puedan presentársele.

La tercera forma mediante la cual la autoeficacia afecta al comportamiento humano es influyendo sobre los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales. Las personas de baja autoeficacia, por ejemplo, pueden considerar a las actividades que deben realizar mucho más difíciles de lo que realmente son, lo cual les ocasionara un alto grado de estrés y ansiedad así como pensamientos negativos acerca de su posible

desempeño. Un alto nivel de autoeficacia, por otra parte, brinda una mayor confianza y serenidad en el afrontamiento de tareas difíciles. La autoeficacia influye a su vez en las atribuciones causales que el individuo realiza frente al éxito o al fracaso en las actividades.

La cuarta forma en la cual la autoeficacia afecta el comportamiento es permitiendo al sujeto ser un productor de su propio futuro y no un simple predictor. Aquellos sujetos que se perciben a sí mismos eficaces se imponen retos, intensifican sus esfuerzos cuando el rendimiento no es suficiente de acuerdo a las metas que se habían propuesto, experimentan bajos grados de estrés ante tareas difíciles y presentan una gran cantidad de intereses por actividades nuevas. La teoría de Bandura se puede poner en práctica a través del sociodrama, radionovelas, historias narradas. Las personas aprenden de las consecuencias positivas o negativas de las acciones de modelos de comportamientos; la autoeficacia es entonces un pensamiento autoreferente que se convierte en un mediador entre el conocimiento de una habilidad y su ejecución, la persona entonces debe sentirse capaz de ejecutar una acción o de adoptar una conducta (18)

#### **2.4. ¿LAS INTERVENCIONES MODIFICAN LAS CONDUCTAS?**

Los estudios considerados de mayor calidad (en evaluación e intervención), se consideran si son de cuatro o más sesiones, muestras grandes y largos períodos de seguimiento para conseguir cambios en la conducta.

Las actitudes también se modifican con las intervenciones, aunque de forma menos intensa que los conocimientos y a veces de forma selectiva en subpoblaciones. Las intervenciones basadas en modelos teóricos comportamentales modifican mejor las actitudes que las que no los mencionan siquiera; cambio de actitudes también parece relacionarse positivamente con el número de sesiones.

La intención de conducta y la autoeficacia se revelan buenas herramientas para la evaluación de resultados. Un tamaño muestral superior a 500 individuos, la disponibilidad de datos pre y post intervención, la existencia de grupo control, la equivalencia de grupos, la asignación aleatoria o control en el análisis, el tiempo entre la

medida pre y la postintervención de tres meses o más, la utilización de un modelo teórico de conducta y el número de sesiones superior a cuatro; aseguran la máxima calidad del estudio, cuando éste se refiere a prácticas.

#### **2.4.1. Calidad de la intervención para prevención del VIH/SIDA**

Los estudios de calidad alta son aquellos que en la intervención cuenten con el respaldo de una teoría de cambio conductual y un mínimo de cuatro sesiones, si cumplen un criterio se asegura una mejor calidad y si no cumple ninguno, será de baja calidad. Las intervenciones deben dar mensajes claros y constantes de cambios de conducta y debe medirse las intenciones de conducta (19); lo que se facilita a través de la escala de autoeficacia.

Además las intervenciones son de mayor calidad si son dictadas por una persona con experiencia en el campo educativo de prevención, si se cuenta con material de apoyo, si la intervención es interactiva y si la permanencia en el aula es superior a 30 minutos.

Un estudio realizado en Brasil detectó y analizó los obstáculos y dificultades para llevar a cabo consistentemente prácticas de sexo seguro entre jóvenes, como parte de la evaluación de un taller sobre sexualidad y SIDA en una escuela nocturna de Sao Paulo. A través de la construcción y actuación colectiva de “escenas sexuales”, que eran historias reales sobre relaciones sexuales aportadas por los participantes, se hizo evidente que la desigualdad de género es un elemento clave en la imposibilidad de negociar prácticas de sexo seguro. Asimismo, en las condiciones materiales que estructuran las oportunidades de tener relaciones sexuales, como son los encuentros apresurados y clandestinos en lugares públicos y el costo de cada condón (aproximadamente un dólar), el SIDA fue mencionado como uno más de los riesgos que los jóvenes corren cotidianamente. Por otro lado, la descripción que los jóvenes hicieron de los servicios de salud fue sumamente negativa, de modo que no acudían a ellos por temor al estigma, el maltrato y la burla. La evaluación de la “escena sexual” arroja datos positivos como un método que fomenta la conciencia entre algunos grupos sociales, y como medio para que enfrenten y cuestionen las barreras personales y estructurales con las que chocan cuando deciden tener prácticas de sexo seguro.

La importancia de otros costos sociales por encima del temor a la infección por VIH fue documentada también por un estudio cualitativo realizado con jóvenes de Sri Lanka, quienes mostraron mayor preocupación por la pérdida de la virginidad, de posibilidades de matrimonio, por el embarazo y la pérdida de la reputación frente a la familia, que frente al riesgo de infección por VIH, a pesar de tener suficientes conocimientos al respecto. Estas normas culturales parecen haber protegido relativamente a los jóvenes de Sri Lanka pues parecen favorecer actividades no penetrativas vaginales, pero hay evidencias de comportamientos de riesgo que no desafían estos cánones morales como el sexo anal, la utilización de sexo comercial, sexo entre hombres y penetración parcial del pene en la vagina. En todo caso, los tres estudios insisten en la necesidad de que las intervenciones preventivas sean más abarcativas que el solo trabajo sobre VIH/SIDA, pues las conductas de riesgo de las poblaciones vulnerables se inscriben en contextos más amplios que las determinan.

Los modelos de información, educación y comunicación difunden y hacen del conocimiento de la población la existencia y los mecanismos de transmisión del VIH, pero en general no han resultado en un cambio de comportamientos de riesgo, pues no existe una relación unilateral entre conocimiento, creencias y conductas. En una revisión de las estrategias de prevención y control del SIDA en México, Sepúlveda et al afirman que “las campañas masivas no cambian de manera importante los comportamientos, pero son útiles para mantener un estado de alerta y para crear el clima que haga aceptable otro tipo de intervenciones más puntuales y específicas”. Asimismo, los autores aseguran que “es indispensable desarrollar intervenciones que toquen aspectos más profundos de los individuos a los que se quiere llegar”. Estos aspectos profundos implican la comprensión de los contextos de la sexualidad, a nivel emocional, social, cultural y económico.

Las encuestas CAPs (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) por sí solas permiten:

- Establecer un sistema de alerta temprana que advierte los peligros emergentes o cambios en los comportamientos de riesgo.
- Revelar las lagunas en la información y los conocimientos acerca de las ITS y VIH/SIDA que pueden ser cubiertas con intervenciones.

- Identificar segmentos de la población que por su conducta se encuentran especialmente expuestos a contraer las ITS y la infección por el VIH.
- Datos sobre públicos específicos para complementar la información de las encuestas de la población en general.
- Comparaciones y ofrecen un grado de homogenización que suele estar ausente cuando los datos los recopilan una variedad de organismos diferentes.

### ***Vigotsky***

Plantea la inclusión de los nuevos recursos de forma que estos agilicen el proceso de aprendizaje, deroga las tendencias del monologo de clase, e introduce la interacción del maestro con el alumno, para un aprendizaje interactivo. Permite la inclusión de la tecnología para contrarrestar los cambios socio-político económico que se ha dado a través del tiempo; así, en vez de dar lectura de un manuscrito de 500 páginas sobre la independencia patria, introduce la opción de mirar filmes, donde se desempeñen estos hechos en 90 minutos; lo cual para el educando de hoy, resulta más fácil de captar (20).

## **CAPÍTULO III**

### **3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

#### **3.1. HIPÓTESIS**

Los conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA, las actitudes inadecuadas y prácticas de riesgo se modifican significativamente con una intervención educativa diseñada para el efecto.

#### **3.2. OBJETIVOS**

##### **Objetivo General**

- Evaluar y modificar conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca que cursan el año lectivo 2008-2009 sobre las ITS y VIH/SIDA.

##### **Objetivos específicos**

- Medir los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca que cursan el año lectivo 2008-2009 sobre ITS, y autoeficacia en prevención del SIDA a través de la aplicación de un cuestionario antes de la intervención educativa.
- Realizar una intervención educativa basada en la Teoría Cognoscitivo Social de Albert Bandura, Ausubel y Vigotsky para modificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca que cursan el año lectivo 2008-2009 sobre ITSs y VIH/SIDA.
- Evaluar y comparar los conocimientos, actitudes y prácticas y autoeficacia en prevención del SIDA que tienen los estudiantes de la escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca que cursan el año lectivo 2008-2009 sobre ITS, antes y después de la intervención educativa.

## **CAPÍTULO IV**

### **4. METODOLOGÍA**

#### **4.1. Tipo de estudio**

Se realizó un estudio cuasiexperimental PreCAPs y PosCAPs sin grupo control.

#### **4.2. Universo**

Estuvo conformado por todos los estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca cursando el año lectivo 2008-2009.

#### **4.3. Área de estudio**

El estudio se realizó en los predios universitarios correspondientes a la Facultad de Filosofía, ubicado en el campus de la Universidad de Cuenca, Avenidas: 12 de Abril (oeste), Loja (sur), Solano (norte) y Remigio Tamariz (este).

#### **4.4. Variables**

Edad , Residencia, Sexo, Conocimientos sobre las ITS, Actitud sobre ITS, Prácticas sobre ITS

#### **4.5. Relación empírica de las Variables**



#### 4.6. Operacionalización de las Variables

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha	Tiempo	Años cumplidos	Continua
Residencia	Domicilio habitual del entrevistado	Urbano Rural	Registro	Nominal Si No
Sexo	Diferencia biológica y de conducta que distingue a los organismos individuales	Masculino Femenino	Fenotipo	Categórica
Conocimientos sobre las ITS	Conjunto de información adquirida en relación a ITS	Conjunto de información adquirida	Respuestas sobre ITS	Encuesta CAP Si No
Actitud sobre ITS	Intenciones frente a una situación probable	Intenciones	Actitudes frente a riesgo de ITS Escala de Autoeficacia A, B, C.	Encuesta CAP Si No
Prácticas sobre ITS	Comportamiento tomado frente a una situación específica	Comportamientos	Prácticas frente a riesgo de ITS Escala de Autoeficacia A, B, C	Encuesta CAP Si No

#### 4.7. Procedimientos y Técnicas

##### 4.7.1. Como se escogieron los grupos para intervención y control

El grupo que recibió la intervención educativa estuvo conformado por todos los estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca cursando el año lectivo 2008-2009.

##### 4.7.2. Descripción de los Instrumentos de medición

Se utilizaron dos instrumentos de medición:

- **El primer instrumento:** es una encuesta de valoración de CAPs mide conocimientos, actitudes y prácticas sobre las infecciones de transmisión sexual, es un instrumento validado y aplicado en un estudio realizado en la ciudad de la Habana, en Cuba, por Fatjo Aymee, del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri.
- **El segundo instrumento:** corresponde a la escala de autoeficacia basada en la Teoría de Albert Bandura, mide el nivel de seguridad, fue validado por

Fuensanta López-Rosales, José Moral-de la Rubia, del Centro de investigaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM.

#### **4.7.3. Validación de los instrumentos**

- **Validación del primer instrumento:** El primer instrumento fue validado por Aymee Fatjo; por medio de consenso de expertos y para cumplimentar su validez, se sometió a la técnica de repetición del test utilizando como medida el coeficiente de correlación lineal entre las dos aplicaciones del test, considerándose bueno porque se obtuvo un resultado de 0.94.

Para las variables de conocimientos y actitudes, los conocimientos se relacionan con mayores puntuaciones.

Para las variables de prácticas la mayor puntuación se relaciona con prácticas de riesgo, o malas prácticas.

- **Validación del segundo instrumento.** La escala de autoeficacia está conformada de varias subescalas reconociéndose tres subescalas: A, B y C.

Los autores mexicanos validaron la confiabilidad por el alfa de Cronbach, alta con un valor de 0.89, y muy próxima al esperado de 0.91. Resultando todos los elementos discriminatorios con una correlación significativa ( $P < 0.01$ ) con el resto de la escala que oscila de 0.284 a 0.654.

#### **4.7.4. Descripción del Cuestionario (Anexo I)**

Ambos instrumentos de medición – CAPs y escala de autoteficacia- se integraron en un solo cuestionario; el mismo que fue aplicado siguiendo la técnica de encuesta autoadministrada.

**4.7.4.1. Secciones del cuestionario.** Las secciones del cuestionario aplicado a los estudiantes de la escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca que cursan el año lectivo 2008-2009 fueron los siguientes:

##### **Sección I**

Identificación del cuestionario

##### **Sección II**

Variables sociodemográficas del encuestado

##### **Sección III**

Preguntas de conocimientos sobre ITSs

#### **Sección IV**

Preguntas de actitudes

#### **Sección V**

*Preguntas de prácticas*

De la sección III hasta la sección V constituyeron el primer instrumento de medición, es decir a conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITSs; cada pregunta como puede constatarse en el anexo I tiene varios ítems, son preguntas cerradas, a cada ítem de cada pregunta el encuestado contestó si o no; de esta forma ninguna pregunta quedó sin ser contestada. Cada posibilidad de respuesta fue previamente codificada para facilitar la tabulación de los datos.

#### **Sección VI**

Esta sección correspondió al segundo instrumento de medición, es decir, a la escala de autoeficacia para prevenir el SIDA, recoge preguntas de intención.

#### **4.7.4.2. Descripción de las secciones III-IV-V del cuestionario:**

##### Variables de conocimientos:

Infecciones de transmisión sexual que conoce

Transmisión de estas infecciones

Manifestaciones clínicas de las ITS

Curación de las ITS/VIH/SIDA

##### Variables de actitudes

Actitud ante el nivel de atención médica de estas infecciones

Actitud ante una ITS

Prevención de las ITS

Actitud ante relaciones sexuales con desconocidos o pocos conocidos

##### Variables de prácticas

Parejas en los 12 últimos meses: cuantas

Práctica sexual: Homosexual, heterosexual, bisexual

Hábito sexual: Anal, oral, genital

Portador de una ITS en alguna ocasión: Mencionarla.

Conversar con su pareja sobre el tema.

Relaciones sexuales embriagado o bajo los efectos de drogas.

Uso del condón:

Siempre: Cuando su uso es en todas las relaciones sexuales.

Ocasionalmente: Cuando su uso está presente en alguna de sus prácticas sexuales.

Nunca: Cuando no forma parte de sus prácticas sexuales.

Razones por lo que no lo usa:

Disminuye la sensibilidad:

No sabe utilizarlo.

Pena negociarlo con la pareja:

Vergüenza adquirirlo en la farmacia.

Pareja estable.

Relaciones sexuales con desconocidos.

Uso del condón en estas relaciones

Siempre: Cuando su uso es en todas las relaciones sexuales.

Ocasionalmente: Cuando su uso está presente en alguna de sus prácticas sexuales.

Nunca: Cuando no forma parte de sus prácticas sexuales.

Estas variables sobre conocimientos, actitudes y prácticas fueron evaluadas según una escala de puntuación:

Con las variables que van de la pregunta 7 a la pregunta 14: puntuación que pretende medir los conocimientos y las actitudes, esta osciló en un rango entre 12 y -6 puntos (ver clave de calificación).

Con las variables que van de la pregunta 17 a la 26: puntuación que pretende evaluar las prácticas, esta osciló en un rango entre 10 y 0 puntos ver clave de calificación (Anexos).

#### **4.7.4.3. Puntuación final de las variables del primer instrumento**

##### Variables de conocimiento

Buena cuando los puntos alcanzados entre 8 y 11 puntos

Regular entre 7.8 y 5 puntos

Mala por debajo de 5 puntos.

##### Variables de actitudes

Buena: entre 6 y 10 puntos

Regular entre 5.9 y 3 puntos

Mala por debajo de 3 puntos.

Las variables de conocimientos y actitudes se analizaron antes y después para evaluar los resultados de la intervención realizada; es decir a los dos meses de la intervención educativa.

#### Variables de prácticas

Buena de 0 a 4 puntos

Regular de 5 a 6.9 puntos

Mala de 7 a 10 puntos.

Las variables de prácticas deben ser evaluadas luego de mínimo tres meses luego de la intervención.

#### **4.7.4.4. La sección VI del formulario:**

Correspondió a la escala de autoeficacia, siguiendo la teoría de Albert Bandura, para prevenir el SIDA con 27 preguntas de intención.

La subescala A incluye preguntas sobre seguridad de decir no a las relaciones sexuales frente a circunstancias diversas; la subescala B incluye seguridad o no de preguntar a la novia sobre relaciones sexuales previas, uso de drogas, experiencia homosexual, discutir sobre SIDA y la subescala C incluye preguntas sobre la seguridad en el uso del preservativo, abstinencia sexual, fidelidad, confianza con los padres.

Para el análisis se tomó en cuenta el nivel de mayor seguridad de la escala.

#### **4.7.5. Como se procedió a recolectar los datos:**

El cuestionario fue llenado por los estudiantes antes de la intervención educativa y 3 meses después de la misma, la aplicación fue directa con la presencia de los investigadores, lo que facilitó responder dudas y aclarar las preguntas del cuestionario. El tiempo asignado para responder fue de aproximadamente 60 minutos.

#### **4.7.6. De la intervención educativa:**

La intervención educativa se realizó en el mes de enero a razón de 1 hora por día por 6 días.

#### **4.8. Análisis Estadístico**

La información se recolectó en los cuestionarios (anexo 2), con los que se elaboró una matriz de datos en el programa SPSS 12.0 para Windows.

Según la necesidad del estudio, algunos ítems fueron manejadas con sus dimensiones en cuyo caso las subvariables resultantes fueron analizadas como proporciones y la comparación se realizó con pruebas estadísticas no paramétricas. En otros casos estos mismos ítems fueron agrupados y la variable resultante (suma de valores parciales) fue cuantitativa continua, por tanto la comparación requirió de pruebas estadísticas paramétricas.

Para la contrastación de conocimientos, actitudes y prácticas y autoeficacia para prevenir el SIDA, para valores continuos se utilizó la prueba T para muestras dependientes considerando como tales a los resultados de la Preintervención vs Postintervención y para valores discretos se utilizó la prueba Chi cuadrado.

Se consideraron significativos los valores de  $P < 0,05$ .

El ítem 24 no fue incluido en el análisis considerando que su contenido no pudo ser claramente comprendido por utilizar un vocablo con una connotación diferente con respecto al habla corriente de nuestro país (el vocablo *pena* en el Caribe tiene la connotación de *vergüenza*). El formulario fue elaborado originalmente en Cuba.

#### **4.9. Normas éticas**

Se explicó a todos los participantes del estudio que la información será utilizada únicamente con fines académicos.

## **CAPÍTULO V**

### **5. RESULTADOS**

#### **5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO**

Se planificó el cumplimiento del estudio considerando a la población de cada una de las Escuelas de la Facultad de Filosofía y Jurisprudencia como universo para cada investigación.

El tamaño de muestra de esta investigación fue de 84 sujetos, tamaño que incluyó el universo.

Al final de la intervención se consiguió la participación de 84 participantes por tanto los análisis de los resultados se realizan sobre este número.

## 5.2. CARACTERÍSTICAS BASALES DE LA MUESTRA

**Tabla 1**

**Variables demográficas de 84 estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, a quienes se realizó una evaluación sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente a las ITS/VIH-SIDA previa a una intervención educativa. Cuenca, 2009.**

<b>Variables demográficas</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b><i>Edad</i></b>		
18 a 23 años	78	92,9
24 a 29 años	6	7,1
<i>Total</i>	84	100
<b><i>Sexo</i></b>		
Femenino	47	56,0
Masculino	37	44,0
<i>Total</i>	84	100
<b><i>Estado civil</i></b>		
Soltero	73	86,90
Casado	9	10,7
Divorciado	1	1,2
Unión Libre	1	1,2
<i>Total</i>	84	100
<b><i>Religión</i></b>		
Católica	63	75,0
Evangélicos	5	6,0
Otros	16	19,0
<i>Total</i>	84	100
<b><i>Residencia</i></b>		
Urbana	75	89,3
Rural	9	10,7
<i>Total</i>	84	100
<b><i>Edad de inicio de vida sexual</i></b>		
No refiere experiencia	25	29,8
10 a 14 años	6	7,1
15 a 19 años	46	54,8
20 a 28 años	7	8,3
<i>Total</i>	84	100

Fuente: formulario de investigación  
Elaboración: autores



Por subgrupos, la edad predominante de los estudiantes estuvo entre los 18 y 23 años constituyendo el 92,9%. La edad promedio de la población de estudio fue de  $21,3 \pm 2,2$  años entre un mínimo de 18 años y un máximo de 28 años.

Las mujeres fueron el 56% de la población de estudio.

Según el estado civil los solteros fueron el 86,9%.

El 75% de los entrevistados profesa la religión católica.

El 89,3% de los participantes residen en área urbana.

Únicamente el 70,2% de la población de estudio contestó que había iniciado una vida sexual activa y de éstos el 54,8% entre los 15 y 19 años de edad; el 7,1% lo inició entre los 10 y 14 años y el 8,4% entre los 20 a 28 años.

### 5.3. EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS

**Tabla 2**

**Conocimientos de 84 estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, a quienes se realizó una evaluación sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente a las ITS/VIH-SIDA previa y posterior a una intervención educativa. Cuenca, 2009.**

<b>Variables de conocimientos</b>	<b>Preintervención N = 84 n (%)</b>	<b>Postintervención N = 84 n (%)</b>	<b>Valor P</b>
<i><b>Conocimiento sobre:</b></i>			
Condiloma	13 (15,4)	76 (90,4)	0,0001*
Herpes	63 (75,0)	81 (96,4)	0,005*
Sífilis	61 (72,6)	80 (95,2)	0,0001*
SIDA	75 (89,2)	79 (94,0)	0,346
Gonorrea	64 (76,2)	82 (97,6)	0,016*
Tricomoniasis	10 (11,9)	63 (75,0)	0,0001*
Clamidiasis	9 (10,7)	42 (50,0)	0,0001*
<i><b>Conocimiento de los signos y síntomas de las ITS:</b></i>			
Ventre bajo	18 (21,4)	62 (73,8)	0,0001*
Secreción	54 (64,3)	78 (92,9)	0,001*
Verrugas	61 (72,6)	78 (92,9)	0,0001*
Manchas	39 (46,4)	63 (75,0)	0,0001*
Inflamación	39 (46,4)	55 (65,5)	0,004*
<i><b>Conocimiento de las vías de transmisión de las ITS:</b></i>			
Sin penetración	64 (76,2)	67 (79,8)	0,567
Con Penetración	68 (81,0)	83 (98,8)	0,001*
Transfusión	70 (83,3)	83 (98,9)	0,967
Madre infectada	61 (72,6)	81 (96,4)	0,764
Beso o sudor	12 (14,3)	6 (7,1)	0,341
<i><b>Conocimiento sobre tratamiento de las ITS:</b></i>			
Sífilis	48 (57,1)	74 (88,1)	0,0001*
Condiloma	27 (32,1)	16 (19,0)	0,067
Blenorragia	52 (61,9)	74 (88,1)	0,0001*
Clamidiasis	26 (31,0)	67 (79,8)	0,0001*
SIDA	24 (28,6)	25 (29,8)	0,276
Tricomoniasis	52 (61,9)	79 (94,0)	0,0001*

\* altamente significativo

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

Hubo un aumento significativo de conocimientos sobre ITS especialmente sobre condiloma, herpes, sífilis, gonorrea, tricomona y clamidiasis.

En conocimientos sobre signos y síntomas de las ITS hubo mejoría significativa en todos los ítems aunque la significancia fue mayor en lo que se refiere a dolor en vientre bajo, presencia de verrugas y de manchas.

Sobre las vías de transmisión de las ITS no se observó una modificación significativa excepto para la variable contacto sexual con penetración.

En el grupo de variables que se refieren a la curación de las ITS se observó una mejoría significativa en sífilis, blenorragia, clamidiasis y tricomoniasis. Sobre el tratamiento de condiloma y SIDA aunque no significativa hubo una disminución del porcentaje de entrevistados que en un inicio dijeron que eran curables.

**Tabla 3**  
**Conocimientos de 84 estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, a quienes se realizó una evaluación sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente a las ITS/VIH-SIDA previa y posterior a una intervención educativa. Cuenca, 2009.**

<b>Variables de conocimientos</b>	<b>Preintervención N = 84 X ± DE</b>	<b>Postintervención N = 84 X ± DE</b>	<b>Valor P</b>
1. Conocimientos sobre ITS	6,2 ± 1,2	8,7 ± 1,3	0,0001*
2. Conocimientos de las vías de transmisión	8,2 ± 2,1	9,7 ± 1,5	0,005*
3. Signos y síntomas de ITS	4,8 ± 2,1	6,8 ± 1,8	0,0001*
4. Conocimientos sobre curación de ITS	5,7 ± 2,3	9,2 ± 2,1	0,0001*

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

Esta tabla resume y compara, por diferencia de medias, las calificaciones de los ítems que miden los conocimientos desglosados en la tabla anterior.

En las subvariables que midieron: conocimientos sobre ITS, vías de transmisión, signos y síntomas y su terapéutica, hubo un aumento muy significativo del promedio postintervención con respecto del promedio preintervención. En los cuatro grupos de variables la diferencia fue altamente significativa.

En *conocimiento sobre ITS* se observó un aumento del promedio después de la intervención 8,7 ± 1,3 con una puntuación buena, en comparación con 6,2 ± 1,2 antes de la intervención con una puntuación regular, según el instructivo de calificación, lo que indica un mayor conocimiento sobre ITS.

En *conocimiento de las vías de transmisión de las ITS* antes de la intervención se obtuvo una media de 8,2 ± 2,1 y después de la intervención la media fue de 9,7 ± 1,5 lo cual nos indica que antes y después de la intervención la puntuación fue buena.

En *síntomas y signos de las ITS* hay un aumento de la media a 6,8 ± 1,8 después de la intervención en comparación con el 4,8 ± 2,1 antes de la intervención con una puntuación regular tanto antes como después de la intervención.

En *conocimientos sobre curación de ITS* se observó una puntuación buena con una media de  $9,2 \pm 2,1$  después de la intervención en comparación con  $5,7 \pm 2,3$  antes de la intervención, con puntuación regular. El incremento debe interpretarse como una mayor adquisición de conocimientos.

## 5.4. EVALUACIÓN DE ACTITUDES

**Tabla 4**

**Actitudes de 84 estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, a quienes se realizó una evaluación de CAPs frente a las ITS/VIH-SIDA previa y posterior a una intervención educativa. Cuenca, 2009.**

<b>Variables de Actitudes</b>	<b>Preintervención N = 84 n (%)</b>	<b>Postintervención N = 84 n (%)</b>	<b>Valor P</b>
<b><i>Recomendación a donde debe acudir un amigo(a) que padece una ITS</i></b>			
Hospital	65 (77,4)	72 (85,7)	0,586
Médico	53 (63,1)	63 (75,0)	0,853
Padres	69 (82,1)	83 (98,8)	0,002*
Farmacia	13 (15,5)	9 (10,7)	0,457
Amigo	18 (21,4)	10 (11,9)	0,168
<b><i>Actitud ante un amigo(a) con una ITS</i></b>			
Acudir al Médico	68 (81,0)	76 (97,9)	0,48
Ayudaría a curarse	71 (84,5)	66 (78,6)	0,773
Aprendió a hacer el amor	8 (9,5)	11 (13,1)	0,673
Es propio de la edad	12 (14,3)	6 (7,1)	0,534
Alejarse	4 (4,8)	3 (3,6)	0,321
<b><i>Recomendación a un amigo(a) para no infectarse con una ITS</i></b>			
Condón	62 (73,8)	82 (97,6)	0,006*
Fidelidad	63 (75,0)	81 (96,4)	0,258
Sin penetración	15 (17,9)	22 (26,2)	0,336
Escoger bien a la pareja	52 (61,9)	61 (72,6)	0,836
Conocimientos	67 (79,8)	78 (92,9)	0,065
No relaciones	12 (14,3)	16 (19,0)	0,578
<b><i>Recomendación a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos(as)</i></b>			
Condón	76 (90,5)	82 (97,6)	0,143
No relaciones	52 (61,9)	68 (81,0)	0,086
Lavarse	54 (64,3)	78 (92,9)	0,023*
Médico	69 (82,1)	79 (94,0)	0,345

\* Altamente significativo

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

En las preguntas que tratan sobre las recomendaciones que se deberían hacer a un amigo con una ITS los porcentajes que se elevaron fueron los correspondientes a los ítems sobre acudir al hospital, al médico o a sus padres. De estas tres la recomendación de acudir a los padres fue significativamente mayor. El aumento en las dos restantes no fue significativo.

En la recomendación a un amigo sobre lo impropio de mantener relaciones con desconocidos y en los ítems sobre acudir a la farmacia o a un amigo hubo una disminución no significativa aunque la esperada para la lógica del estudio. Debe interpretarse como un efecto de la intervención.

En los ítems que midieron la actitud ante un amigo con una ITS los hechos considerados beneficiosos son acudir al médico y ayudar a su curación. En el primero hubo un aumento aunque no significativo pero en el segundo hubo disminución. En las actitudes consideradas no beneficiosas hubo una esperada aunque no significativa disminución a excepción del ítem que considera que contraer una ITS es una manifestación de haber aprendido a hacer el amor. En éste hubo un incremento no significativo en la postintervención.

En la recomendación a un amigo(a) sobre el uso del condón para no infectarse con una ITS se consiguió una modificación altamente significativa. En los demás ítems, en los que también se esperaba un incremento postintervención éste fue leve y las diferencias no fueron significativas. En el último ítem, en donde se esperaba una disminución de porcentaje como actitud positiva, se encontró un pequeño aumento.

En recomendación a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos hubo mejoría significativa en la acción de lavarse los genitales después de concluida la relación sexual. En los demás ítems el aumento no fue significativo.

**Tabla 5**

**Actitudes de 84 estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, a quienes se realizó una evaluación sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente a las ITS/VIH-SIDA previa y posterior a una intervención educativa. Cuenca, 2009.**

<b>Variables de actitudes</b>	<b>Preintervención N = 84 X ± DE</b>	<b>Postintervención N = 84 X ± DE</b>	<b>Valor P</b>
1. Recomendación a donde acudir	6,2 ± 2,3	7,8 ± 2,2	0,028*
2. Actitud ante un amigo(a) con ITS	7,8 ± 2,1	7,9 ± 2,7	0,456
3. Recomendación para no infectarse	7,3 ± 1,2	7,8 ± 1,3	0,174
4. Sobre relaciones con desconocidos	7,2 ± 2,3	8,8 ± 1,2	0,003*

\* muy significativo

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

Esta tabla resume en forma cuantitativa las calificaciones de los ítems que miden las actitudes desglosadas en la tabla anterior.

En las variables de actitudes se obtuvo una diferencia significativa en las variables que tratan sobre la recomendación a donde debe acudir un amigo si tuviera una ITS y recomendaciones a una amigo que mantiene relaciones con desconocidos. Esta diferencia se atribuye a la intervención.

En *recomendación a donde debe acudir un amigo(a) que padece una ITS* antes de la intervención se obtuvo una media de  $6,2 \pm 2,3$  y después de la intervención la media fue de  $7,8 \pm 2,2$  lo cual nos indica que se mantiene una puntuación buena tanto antes y después de la intervención.

En *actitud ante un amigo(a) con una ITS* antes de la intervención se obtuvo una media de  $7,8 \pm 2,1$  y después de la intervención la media fue de  $7,9 \pm 2,7$  lo cual nos dice que se mantiene una puntuación buena tanto antes y después de la intervención.

En *recomendación a un amigo(a) para no infectarse con una ITS* antes de la intervención se obtuvo una media de  $7,3 \pm 1,2$  y después de la intervención la media fue



de  $7,8 \pm 1,3$  lo cual nos dice que se mantiene con una puntuación buena tanto antes como después de la intervención.

En *recomendación a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos(as)* se observa una diferencia significativa en cuanto a relaciones con desconocidos  $p = 0,004$ . Con una puntuación buena tanto antes como después de la intervención con una media antes de la intervención de  $7,2 \pm 2,3$  y después de la intervención con una media de  $8,8 \pm 1,2$ .

## 5.6. EVALUACIÓN DE PRÁCTICAS

**Tabla 6**

**Prácticas sexuales de 84 estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, a quienes se realizó una evaluación sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente a las ITS/VIH-SIDA previa y posterior a una intervención educativa. Cuenca, 2009.**

<b>Variables de Prácticas</b>	<b>Preintervención N = 84 n (%)</b>	<b>Postintervención N = 84 n (%)</b>	<b>Valor P</b>
<i><b>Relaciones homosexuales y heterosexuales</b></i>			
Mismo sexo	2 (2,4)	1 (1,2)	0,353
Sexo contrario	82 (97,6)	83 (98,8)	0,382
<i><b>Tipo de práctica sexual</b></i>			
Sexo oral	33 (39,3)	32 (38,1)	0,754
Sexo anal	24 (28,6)	21 (25,0)	0,745
Coito genital	78 (99,2)	77 (91,7)	0,877
Padeció ITS	6 (7,1)	3 (3,6)	0,434
Conversa con su pareja sobre las ITS	53 (63,1)	64 (76,2)	0,003*
Relaciones en estado embriaguez	38 (45,2)	21 (25,0)	0,023*
Relaciones con desconocidos	32 (38,1)	21 (25,0)	0,267
<i><b>Uso del preservativo en:</b></i>			
<i><b>Relaciones habituales con la pareja</b></i>			
Siempre	33 (39,3)	42 (50,0)	0,048
Ocasionalmente	31 (36,9)	21 (25,0)	0,065
Nunca	11 (13,1)	8 (9,5)	0,632
<i><b>Relaciones fortuitas</b></i>			
Siempre	36 (42,9)	43 (51,2)	0,026*
Ocasionalmente	26 (31,0)	12 (14,3)	0,047*
Nunca	11 (13,1)	8 (9,5)	0,456

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

Para los resultados de esta tabla el beneficio de la intervención se valora a través de la disminución de las prácticas de riesgo en la postintervención con respecto de la preintervención.

En las variables que midieron relaciones homosexuales o heterosexuales hubo una disminución no significativa.

En el grupo de variables sobre tipo de prácticas sexuales aumentó significativamente el hecho de conversar con la pareja sobre ITS (P = 0,003) pero disminuyó el porcentaje de

relaciones en estado de embriaguez ( $P = 0,023$ ) y de relaciones con desconocidos, aunque este último no significativamente. El aumento de la primera variable y la disminución de las dos siguientes se interpreta como una reducción en las prácticas de riesgo.

Hubo disminución en frecuencia de ITS del 7,1% al 3,6%.

En el uso del preservativo hubo variaciones hacia el aumento y hacia la disminución. En el ítem sobre el uso del preservativo *siempre* en relaciones habituales y relaciones fortuitas hubo un aumento, en tanto que en los ítems *ocasionalmente* y *nunca* hubo una disminución significativa de los porcentajes. Estos ítems son dimensiones de la variable y por constituirse en subvariables relacionadas el aumento de unas se hace a expensas de la disminución de las otras.

**Tabla 7**

**Prácticas sexuales adecuadas de 84 estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, a quienes se realizó una evaluación sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente a las ITS/VIH-SIDA antes y después de una intervención educativa. Cuenca, 2009.**

<b>Evaluación de la prácticas</b>	<b>Preintervención N = 84 X ± DE</b>	<b>Postintervención N = 84 X ± DE</b>	<b>Valor P</b>
1. Relaciones sexuales en los últimos tres meses: número de parejas.	3,1 ± 1,0	3,2 ± 1,2	0,147
2. Relaciones heterosexuales, bisexuales u homosexuales.	4,2 ± 0,9	4,1 ± 0,7	0,567
3. Tipo de práctica sexual.	5,2 ± 1,7	4,8 ± 1,3	0,564
4. Padecimiento de ITS.	0,7 ± 2,3	0,4 ± 2,1	0,347
5. Conversar con la pareja sobre ITS	5,2 ± 4,3	2,4 ± 4,3	0,008*
6. Relaciones en estado de embriaguez o bajo afrodisíacos.	3,6 ± 2,5	3,4 ± 3,3	0,051
7. Uso del preservativo en relaciones habituales con la pareja.	5,1 ± 1,2	4,7 ± 1,8	0,064
8. Relaciones sexuales con desconocidos.	3,4 ± 4,7	2,4 ± 4,2	0,145
9. Uso del preservativo en relaciones sexuales con desconocidos.	5,1 ± 1,3	6,1 ± 2,1	0,478

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

Esta tabla resume en forma cuantitativa las calificaciones de los ítems que miden las actitudes desglosadas en la tabla anterior.

La modificación más relevante y significativa fue la de conversar con la pareja sobre ITS.

En relaciones sexuales en los últimos 3 meses: el promedio del número de parejas antes de la intervención fue de  $3,1 \pm 1,0$  y después disminuyó a  $3,2 \pm 1,2$ . La disminución no fue significativa. La puntuación de acuerdo al instructivo de calificación se mantuvo como buena.

En relaciones heterosexuales, bisexuales u homosexuales antes de la intervención el promedio fue de  $4,2 \pm 0,9$ , luego de la intervención  $4,1 \pm 0,7$ . Antes y después de la intervención se mantuvo con buena puntuación.

En tipo de practica sexual antes de la intervención  $5,2 \pm 1,7$  y después de la intervención  $4,8 \pm 1,3$ . La disminución no fue significativa. Y se mantuvo con una puntuación regular.

En padecimiento de ITS: antes de la intervención  $0,7 \pm 2,3$  y después de la intervención  $0,4 \pm 2,1$ . Antes y después se consiguió una puntuación buena.

En conversar con la pareja sobre ITS: antes de la intervención  $5,2 \pm 4,3$  y después de la intervención  $2,4 \pm 4,3$  lo que indica que tanto antes y después se mantiene una puntuación buena, pero presentando una diferencia significativa  $p = 0,008$ .

En relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras sustancias: antes de la intervención  $3,6 \pm 2,5$  y después de la intervención  $3,4 \pm 3,3$  lo que indica que tanto antes y después se mantiene una puntuación buena.

En uso del preservativo: antes de la intervención  $5,1 \pm 1,2$  y después de la intervención  $4,7 \pm 1,8$  lo que indica una puntuación regular antes de la intervención y después de la intervención una puntuación buena.

En relaciones sexuales con desconocidos: antes de la intervención  $3,4 \pm 4,7$  y después de la intervención  $2,4 \pm 4,2$  lo que indica una puntuación buena antes y después de la intervención.

En uso de preservativo en relaciones sexuales con desconocidos antes de la intervención  $5,1 \pm 1,3$  y después de la intervención  $6,1 \pm 2,1$  manteniéndose una puntuación regular antes y después de la intervención.

## 5.7. AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA

Tabla 8

**Autoeficacia de 84 estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad. Subescala A de preguntas sobre seguridad de decir no a las relaciones sexuales frente a diversas circunstancias, antes y después de la intervención. Cuenca 2009.**

<b>A. ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir no, cuando te proponen tener relaciones sexuales?</b>	<b>Preintervención N = 84 N (%)</b>	<b>Postintervención N = 84 N (%)</b>	<b>Valor P</b>
1. Alguien conocido hace 30 días o menos	32 (38,1)	48 (57,1)	0.002
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti	51 (60,7)	62 (73,2)	0.072
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti	56 (66,7)	62 (73,8)	0.234
4. Alguien a quien has tratado con anterioridad?	21 (25,0)	52 (61,9)	0.0001
5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo?	31 (36,9)	52 (61,9)	0.008
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales	37 (44,0)	51 (60,7)	0.042
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti	32 (38,1)	51 (60,7)	0.003
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales	37 (44,0)	58 (69)	0.002
9. Alguien con quien has estado utilizando drogas	41 (48,8)	62 (73,8)	0.0001
10. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto	28 (38,2)	57 (67,9)	0.0001

Fuente: formulario de investigación  
Elaboración: autores

En la seguridad para decir no a una propuesta de tener relaciones sexuales con alguien cuya historia sexual y de consumo de drogas sea desconocida no hubo aumento significativo. En las demás todos los aumentos fueron significativos.

**Tabla 9**

**Autoeficacia de 84 estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad. Subescala B de preguntas sobre seguridad de preguntar a la pareja sobre relaciones sexuales previas, uso de drogas, experiencia homosexual, discutir sobre SIDA, antes y después de la intervención. Cuenca 2009.**

<b>B. ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de:</b>	<b>Preintervención N = 84 N (%)</b>	<b>Postintervención N = 84 N (%)</b>	<b>Valor P</b>
1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?	64 (76,2)	72 (85,7)	0.163
2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a	66 (78,6)	80 (95,2)	0.154
3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?	59 (70,2)	79 (94,0)	0.007
4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?	61 (72,6)	79 (94,0)	0.002

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

No hubo aumento significativo en la seguridad para preguntar a la pareja si se ha inyectado alguna droga y para discutir sobre la prevención del SIDA. En los demás ítems sí lo hubo.

**Tabla 10**

**Autoeficacia de 84 estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad. Subescala C de preguntas sobre la seguridad en el uso del preservativo, abstinencia sexual, fidelidad, confianza con los padres. Cuenca 2009.**

<b>C. ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de....</b>	<b>Preintervención N = 100 N (%)</b>	<b>Postintervención N = 97 N (%)</b>	<b>Valor P</b>
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?	58 (69,0)	72 (85,7)	0.021
2. Usar correctamente el condón	62 (73,8)	72 (85,7)	0.112
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?	54 (64,3)	66 (78,6)	0.156
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga?	51 (60,7)	60 (71,4)	0.456
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?	52 (61,9)	63 (75,0)	0.079
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?	36 (42,9)	62 (73,8)	0.0001
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	51 (60,7)	70 (83,3)	0.010
8. Acudir a la tienda a comprar condones?	51 (60,7)	72 (85,7)	0.028
9. Acudir a la tienda a comprar condones hasta contraer matrimonio?	45 (53,6)	64 (76,2)	0.017
10. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	32 (38,1)	63 (75,0)	0.0001
11. Platicar con tu papá sobre temas sexuales	44 (52,4)	54 (64,3)	0.078
12. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales	48 (57,1)	59 (70,2)	0.059

Fuente: formulario de investigación  
Elaboración: autores

El incremento porcentual fue significativo en la seguridad de utilizar preservativo cada vez que tenga relaciones sexuales, negarse a tener relaciones si la pareja no aceptase el preservativo, contar siempre con el dinero suficiente para comprar preservativos, acudir



a la tienda a comprarlos, mantener el hábito de la compra hasta contraer matrimonio y mantener fidelidad a una sola persona toda la vida.

Los demás incrementos no fueron significativos.

## **CAPÍTULO VI**

### **6. DISCUSIÓN**

La salud sexual de una comunidad se consigue articulando esfuerzos individuales, del sector gubernamental, de las Universidades, grupos no gubernamentales y de grupos religiosos; estos esfuerzos deben llevarse a cabo de manera organizada y coordinada con la participación de la comunidad para lo cual es necesaria una conducción que se base en la experiencia, capacidad y credibilidad pública (12). Creemos que la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca en este sentido juega un rol importante en la prevención y promoción de la salud, en este caso en prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH-SIDA.

Para contribuir al cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio, que es disminuir para el año 2015 la propagación del VIH/SIDA, incentivar a la población sobre el uso del preservativo en prácticas sexuales de riesgo y que la población entre 15 y 24 años tenga un conocimiento adecuado del VIH/SIDA se siguen creando estrategias y desarrollando acciones como las que identifican al presente estudio bajo los objetivos de evaluar y modificar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre ITS.

Los estudios dirigidos a medir conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) cumplen un papel relevante en el escenario de la salud pública. A no muchos años de haber sido introducida esta metodología dentro de la investigación de problemas de salud, los denominados CAPs se han constituido en una manera eficaz de corregir situaciones que de otra manera tendrían que recorrer caminos demasiado largos para conseguirlo. Hay suficiente información publicada sobre el beneficio de las intervenciones educativas en salud y en el futuro las tendencias sobre su utilidad parecen ampliarse de manera que aplicadas a grupos poblacionales específicos se constituyen cada vez más en efectivos medios para mejorar las condiciones sanitarias. Pruebas de ello vienen siendo las líneas de investigación en las que ha participado nuestra universidad en ámbitos como la prevención de enfermedades de transmisión sexual, la prevención de infecciones intrahospitalarias a través de la vigencia del lavado de manos del personal sanitario, la modificación de la incidencia de neurocisticercosis en la comunidad rural mediante

educación a largo plazo, el aumento de la captación de sintomáticos respiratorios en el pequisamiento de la tuberculosis pulmonar en la comunidad, entre las principales. El sustento teórico de este tipo de intervenciones reconoce a Paulo Freire como artífice de la corriente de comunicación educativa en nuestro continente (13).

La preocupación de los organismos de salud por el aumento de las enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA viene propiciando la aplicación de las intervenciones educativas y alentando la posibilidad de modificar la curva de la infección que en la mayoría de países en desarrollo como el nuestro ni siquiera dispone de una información confiable en cuanto a su prevalencia y hasta la actualidad las tasas sobre las cuales se aplican ciertas estrategias de control siguen siendo estimaciones.

Nuestro trabajo se inscribe dentro de los estudios de prevención, con un objetivo educativo destinado al cambio de comportamiento. El planteamiento de fondo es que con este diseño cumplimos dos propósitos a la vez: el diagnóstico situacional de los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de una población universitaria, situación que tiene relación directa con la propagación de las infecciones de transmisión sexual, y la posibilidad de modificarlas a través de intervenciones educativas como estrategia de salud preventiva bajo el entendimiento del concepto holístico de la salud en su dimensión sociológica, psicológica y biológica.

La mayor parte de nuestros resultados son concordantes con lo que al respecto publica la literatura internacional sobre estudios realizados en países latinoamericanos.

Las condiciones demográficas de la mayor parte de los estudios son similares a las nuestras, situación que debe entenderse como una selección adecuada de la muestra en el sentido que los entrevistados se encuentran en la etapa más propicia para participar en entrevistas, colaborar en intervenciones, del tipo que fuesen, y proporcionar información con un adecuado margen de confiabilidad. Algunas de estas características, más que otras, son particularmente útiles en estudios como el nuestro; así, el hecho de aceptar una intervención educativa y participar en la devolución de esa información, acción que se cumplió eficientemente en un ambiente de colaboración mutua como el que podía esperarse de una población universitaria.

La edad promedio de los estudiantes de la Escuela de Comunicación Social fue de 21,3  $\pm$  2,2 años entre un mínimo de 18 años y un máximo de 28 años. En un estudio realizado por la Universidad de Rosario en una población universitaria en Bogotá en la que participaron 1106 estudiantes de las Facultades de Medicina, Rehabilitación y Jurisprudencia la edad promedio de los participantes fue de 19,6 años entre un rango de 16 a 38 y con una moda de 18 años con una participación mayoritaria de estudiantes de los primeros cursos. El promedio de edad en nuestro grupo se explicaría por la composición estudiantil de mayor edad que caracteriza a algunas escuelas y facultades de la Universidad de Cuenca entre las que está la escuela de Comunicación Social. El estudio de Vera, L. realizado en Bucaramanga, en 458 jóvenes la edad promedio fue de 18.2  $\pm$  2.2 años e incluyó estudiantes de colegio y universidades (13).

De los 84 estudiantes que integraron nuestro estudio el 44% fueron varones y 56% mujeres. En el estudio de Vera el 60% fueron mujeres. En el estudio de Navarro el 46,4% fueron mujeres y 53,6% fueron varones (13).

Predominó el estado civil soltero con el 86,9% mientras que casados fueron el 10,7%, en unión libre declararon y divorciados fueron el 1,2%.

El 75% de nuestra población estudiada fueron católicos; el 6% declararon ser evangélicos y de otras religiones el 19%. El estudio llevado a cabo en Chile por Vidal F, se encontró que el 46,5% de los universitarios no profesaban ninguna religión y solamente el 20,2 % eran católicos. En estudios realizados en Nicaragua por Escobar, en Perú por Velásquez y en Colombia por Ruiz se encontraron católicos entre el 60% y 75% de los participantes. La no profesión de fe en los estudios de los países latinoamericanos no sobrepasa el 13% a excepción de Cuba en donde no hay religión oficial del estado y por tanto no es una variable incluida en el estudio (13).

Es sobresaliente la tendencia a comenzar cada vez en edades más tempranas las relaciones sexuales, lo que se aprecia al comparar las edades de los estudios publicados al respecto (14). Hay una tendencia universal de la que no escapa casi ninguna población en la actualidad y como es lógico la nuestra tampoco. En ello influyen principalmente factores como la participación en conjunto de mujeres y varones en

actividades sociales, incluidas las escolares; igualmente, el abandono de concepciones religiosas y las nuevas ideas y libertades de la mujer que la ponen en igualdad con el hombre y así aumentan las posibilidades de satisfacer los impulsos eróticos, sin haber la suficiente preparación y responsabilidad que esto requiere, principalmente en los adolescentes. Es deber de la escuela y la familia ponerse a la altura de estos cambios educando a los adolescentes en este sentido. Coincide con lo planteado por la Sociedad Internacional de Investigación sobre ITS, que señala que en esto juega un papel importante una deficiente educación sexual.

En nuestra población de estudio la edad de inicio de relaciones sexuales del 54% de los entrevistados fue entre los 15 a 19 años, un 7,1% respondió que entre los 10 y 14 años y un 8,4% por sobre los 20 y hasta los 28 años.

El inicio de la vida sexual activa a más temprana edad, y la mayor rotación de parejas sexuales influyen directamente en la aparición de las ITS y VIH/SIDA. En las publicaciones latinoamericanas revisadas la edad de inicio de la actividad sexual fluctúa entre 12,7 a 16 años en los varones y entre 15,6 a 17,9 años en las mujeres (15).

En el estudio de la Universidad del Rosario de Bogotá por Ruiz AM. en un alumnado universitario, se encontró que 66,7% de los estudiantes tanto varones como mujeres habían iniciado relaciones sexuales alrededor de los 17 a 18 años (16), cifra que se encuentra dentro del 40-90% de los estudiantes de colegios americanos que reportan ser activos sexualmente según datos de Eisenberg (17) y de Chile según Maddaleno (78% en hombres y 41% de las mujeres) (18). De otro lado, Tang en su estudio menciona que si se compara con el porcentaje de adolescentes chinos, entre los cuales el 6.1% de los hombres y el 4.3% de las mujeres han tenido relaciones sexuales prematrimoniales, es elevada. Igualmente refiere que también es alta comparada con cifras de Nueva Zelanda (8.5%), de Sudáfrica (17%), de Australia (28%) y de Cuba (51%) (19).

Con la misma relevancia, es necesario analizar el número de compañeros sexuales como practica de riesgo. En nuestro estudio el número de compañeros sexuales tuvo un promedio de 3 en los últimos 3 meses, entre un mínimo de una pareja en el 63% de las mujeres y un máximo de cuatro parejas en menos del 6% de varones. La variación del

número de parejas en el período de 6 meses que duró el estudio no varió significativamente como se muestra en la tabla 7. En términos generales los estudios en Latinoamérica reportan que cada vez va en aumento el número de compañeros sexuales en la adolescencia y en la juventud. En la investigación realizada en la Universidad del Rosario, en Bogotá por Ruiz A. el número de parejas sexuales por año tuvo un promedio de 2 en las mujeres y de 3 en los varones, pero en Bucaramanga, dentro del mismo país, un estudio por Vera que incluyó a estudiantes secundarios y universitarios, de centros públicos y privados, se encontró que los varones cambiaban de pareja en menos de un año, en promedio, y las mujeres en poco más de dos años; de esta manera el número de parejas en los varones fue de hasta 6 y en las mujeres de hasta 4 (20,21). En Lima metropolitana, Velásquez, A. después de aplicar una intervención educativa, la creencia de que se es más popular según el número de parejas sexuales se disminuyó en tres veces tanto en varones como en mujeres (38). En el reporte de Hernández (La Habana) el 73,1% de los estudiantes tuvo 3 y más parejas sexuales en un período menor de 1 año, y de ellos el 28,6% tuvo 4 y más compañeros/as sexuales; mientras que el 93 % de los trabajadores tuvo menos de 3 parejas sexuales en un año (22). Sea como fuese, parece que el número de compañeros sexuales en nuestro subcontinente va en aumento lo que incide directamente en el incremento del riesgo de contraer ITS.

Sobre las preferencias sexuales, en todos los reportes latinoamericanos, entre el 85% y 95% de los entrevistados refiere preferencias heterosexuales. En nuestra recopilación, las preferencias por el mismo sexo se identificaron en el 4% de los entrevistados antes y después de la intervención. No se incluyó la identificación de preferencias bisexuales que en estudios como los realizados en Colombia por Ruiz se halló hasta en el 5% (23).

En el análisis del objetivo principal de nuestra investigación, es decir la búsqueda de modificación de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales, los resultados fueron relevantes en cuanto a un significativo aumento de los conocimientos sobre todo en los ítems sobre las infecciones de transmisión sexual en sí, las vías de transmisión, los signos y síntomas y las forma de curación (tabla 3); pero no lo fueron en la misma magnitud en cuanto a la modificación de las actitudes y las prácticas.

Nuestra población de estudio reconoció como ITS antes de la intervención sífilis (72%), SIDA (89%) y gonorrea (76,2%). El incremento que se observó después de la intervención fue 23% para sífilis y 21% para gonorrea con una diferencia significativa ( $p < 0,05$ ) y un porcentaje total de 94% y 97,6% respectivamente. Para SIDA el porcentaje se incrementó del 89,2% al 94% después de la intervención. Vera *et al* demostraron que los jóvenes de 15 a 22 años reconocen SIDA, gonorrea y sífilis como enfermedades de transmisión sexual con 98%, 93% y 80% respectivamente valores que se asemejan a los de nuestro estudio, a diferencia del estudio realizado en Colombia por Gonzáles en donde se demuestra que los jóvenes de 14 a 25 años reconocen el SIDA (51%), sífilis (12,1%) y gonorrea (9,6%) valores que demuestran poco conocimiento a diferencia de nuestra población (24).

Según datos de CEPAR en comparación con datos a nivel nacional y de otras provincias, en la provincia del Guayas existe un relativo buen conocimiento de las principales infecciones de transmisión sexual, en las mujeres en edad fértil; el 98% de todas las mujeres en edad fértil conoce o ha oído hablar del VIH/SIDA, 86% de la gonorrea, 59 % de la sífilis. El conocimiento de las mujeres de la ciudad de Guayaquil es aún más alto: 98%, 90%, 64% en ese mismo orden (25).

En cuanto a conocimientos sobre Herpes se encontró un incremento significativo del 21% después de la intervención ( $P = 0,005$ ). En el estudio de González realizado en Colombia se encontró un conocimiento del 12.2% para herpes, porcentaje muy por debajo de los de nuestro estudio (26).

Con respecto al conocimiento de condiloma antes de la intervención se encontró que el 15,4% conocía esta ITS, después de la intervención el incremento fue del 75% con un porcentaje total de 90,4% y una diferencia muy significativa ( $p = 0,0001$ ). En el estudio de Pérez *et al* realizado en un grupo de militares sancionados en Cuba se encontró que el 29,9 % reconoció al condiloma (27).

Los conocimientos sobre tricomoniasis y clamidiasis antes de la intervención fueron del 11,9% y 10,7% respectivamente, pero después de la intervención hubo un aumento significativo ( $P = 0,0001$ ) del 64% para tricomona y 40% para clamidiasis. Valores altos en comparación del estudio realizado en Lima por Velásquez en el que el incremento

para clamidiasis fue del 22,1% (38) y del informe final de 2004 de la encuesta nacional de Paraguay realizado en 7321 mujeres donde se revela que la población femenina de 15 a 44 años reconoce clamidiasis, tricomoniasis, herpes y condiloma en menos del 10% (28).

En relación a las formas de transmisión de las ITS se encontró que el 14,3% de los estudiantes tenía la idea errónea de transmisión por el beso o sudor valor que disminuyó al 7,1% luego de la intervención. Valores bajos en comparación con los encontrados por García *et al* en adolescentes en Camaguey donde el 37,5% de la población adolescente estudiada pensaba que el SIDA puede transmitirse por besos, ropa, platos y sanitarios (29). Según datos de Vera en Colombia el 8,8% de las mujeres y 6,5% de los varones refieren a la saliva y el sudor como medio de transmisión del SIDA (30).

El 98,9% de los estudiantes reconoció las transfusiones sanguíneas como medio de transmisión de las ITS y VIH/SIDA, valor que se incrementó desde el 83,3% de antes de la intervención. Cifras similares se reportan en los estudios realizados en Colombia donde el 98,9% de las mujeres y el 100% de los varones refirieron la sangre como medio de transmisión del VIH/SIDA (50). Resultados altos en comparación del estudio realizado en las Universidades de las Frontera y Austral (UFRO y UACH) por Rivas *et al* donde se encontró que el 22,8% y 26,1% de los estudiantes respectivamente, reconocieron a las transfusiones como medio de transmisión del VIH/SIDA (31).

En cuanto al conocimiento de signos y síntomas los incrementos más altos después de la intervención se encontraron en secreción (92,9%), verrugas (92,9%), manchas e inflamación (75% y 65%). Velásquez encuentra que los adolescentes reconocen picazón en los genitales (34,5%) y pus en el pene (36,1%).

En cuanto a conocimientos sobre tratamiento de las ITS encontramos que se eleva a expensas de la sífilis, blenorragia, clamidiasis, condiloma y tricomoniasis (tabla 2). En el estudio realizado en Cuba por Fatjo los adolescentes incrementan los conocimientos sobre curación a expensas de condiloma y tricomoniasis (32),



En un estudio previo realizado por Freire, E. Orellana, I. Alvarez, M. Cañar, H. en adolescentes del Colegio Manuel J. Calle de la ciudad de Cuenca en el año 2006; la intervención educativa elevó los conocimientos en condiloma, clamidiasis y tricomoniasis en 13.8%, 16.5% y 7.2 % respectivamente (33).

En las variables que tratan sobre la recomendación de acudir a los padres cuando tengan una ITS y la recomendación de utilizar preservativo y lavarse como medidas para no infectarse cuando mantenga relaciones con desconocidos, hubo una diferencia significativa tanto en la comparación de proporciones (tabla 4) como en la de diferencia de medias (tabla 5).

En el ítem acudir a la farmacia, Fatjo encontró un cambio del 12% antes de la intervención educativa a 0,9% después de la misma, con una disminución del 8,7%. En nuestro estudio se observó un descenso de 4,8%, considerando el 15,5% antes de la intervención y 10,7% luego de la misma.

En cuanto a conversar con los padres hubo un incremento significativo (del 17,7%,  $P = 0.002$ ) de 82,1% a 98,8% antes y después de la intervención respectivamente. En el estudio de Fatjo se encontró una modificación de 93,2% a 99,6% antes y después de la intervención, respectivamente, valores altos en comparación de nuestro estudio lo cual podría indicar que los adolescentes cubanos tienen una mayor apertura hacia sus padres que nuestra población.

En cuanto a la actitud de alejarse de un amigo que tiene una ITS hubo un descenso de 4,8% a 3,6%. Fatjo encontró valores desde el 98,3% hasta 0% antes y después de la intervención respectivamente. Decir que es propio de la edad se encontró en el 14,3% y 7,1% antes y después de la intervención valores altos a comparación de Fatjo donde 1,3% y 0,7% lo mencionan antes y después de la intervención respectivamente (34).

En cuanto a acudir al médico se observó un incremento del 16,9% teniendo en consideración que el 81% y 97,9% lo menciona antes y después de la intervención, respectivamente. Hubo una disminución del 15,9% en ayudar a curarse con valores del

78,6% luego de la intervención. Fatjo tuvo un incremento de 4,2% debido a que previo a la intervención el 95,3% respondieron que si (35)

En Lima, Velásquez A. encontró que el 76% de los adolescentes citan la abstinencia sexual como medio para no infectarse con una ITS (38). Mientras que solo el 19% de nuestra población la cita como medida de prevención, después de la intervención, valores que concuerdan con la UFRO de Chile con el 22% (36).

El 97,6% de los estudiantes de Comunicación Social mencionaron al condón como medida para no infectarse con una ITS, valores altos en comparación de Rivas de Chile en la UFRO y UACH con el 21% y 29% respectivamente (37).

Como recomendación a un amigo que mantiene relaciones sexuales con desconocidos se observó una diferencia significativa en el ítem de lavarse los genitales luego de la relación sexual ( $P = 0,023$ ) con el 64,3% antes de la intervención y 92,9 después de la intervención.

Meléndez encuentra que el 65% de las mujeres de Nicaragua citan la fidelidad como principal forma de prevención de las ITS y VIH/SIDA (51). Nuestra población la cita en 75% antes de la intervención y 96,4% luego de la misma. Fatjó encontró un cambio en relación a esta variable de 96.6% a 100% antes y después de la intervención respectivamente.

En las prácticas, se reconoció un beneficio significativo de la intervención en dos ítems: en el hecho de conversar con la pareja sobre ITS ( $P = 0,003$ ) y en la disminución de la frecuencia de relaciones en estado de embriaguez ( $P = 0,023$ ). Las prácticas de relaciones con desconocidos también disminuyeron pero la reducción no fue significativa (tabla 6).

La utilización del preservativo tuvo un aumento del 39,3% al 50% en las relaciones habituales con la pareja y el incremento fue significativo ( $P = 0,048$ ). En las relaciones fortuitas hubo un significativo incremento del uso del preservativo del 42,9% al 51,2%

( $P = 0,026$ ) y así mismo una significativa reducción del uso ocasional del preservativo del 31% al 14,3% ( $P = 0,047$ ).

Al respecto, en el estudio realizado en Bucaramanga por Vera (38) cuando se consultó sobre el uso del preservativo, el 13% de los entrevistados dijo no usarlo nunca, 44% dijo usarlo siempre en las relaciones con personas diferentes a la pareja sexual estable. Entre los que usan condón cerca del 9% nunca lo usa en toda la relación sexual, 42% algunas veces y el 49% siempre. El 24% afirmó practicar relaciones anales y de ellos 20% utiliza condón siempre durante este tipo de práctica. Estos hallazgos confirman un bajo nivel de utilización del condón tanto en las relaciones anales como vaginales y orogenitales, especialmente en la práctica de relaciones sexuales con pareja estable, en las cuales la mayoría de los jóvenes considera que no es necesario su uso.

En la valoración de la autoeficacia para prevenir el SIDA los promedios que miden los criterios de prevención basadas en: 1) la seguridad para decir NO a la propuesta de realizar relaciones sexuales, 2) seguridad para averiguar antecedentes de ITS y otras experiencias sexuales, y 3) seguridad para utilizar el condón, mantener fidelidad y conversar con los padres sobre sexualidad, aumentaron significativamente en los tres ítems después de la intervención. En los estudios por Vera y Ruiz realizados en las poblaciones estudiantiles de Bucaramanga y Bogotá, respectivamente, en cuanto a la seguridad para utilizar el condón tiene una franca desventaja frente a nuestros resultados. En efecto, una de las conclusiones que los investigadores expresan es que sólo el 2,26% de la población estudiantil secundaria y universitaria tiene sexo seguro, es decir que casi todos los jóvenes se han expuesto en algún momento a prácticas sexuales riesgosas (39, 40).

## CAPÍTULO VII

### 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 7.1. Conclusiones

- En la medida de la propuesta metodológica el estudio se cumplió con la participación del total de la muestra en la preintervención y en la medición de los resultados en la postintervención.
- La muestra estuvo representada por estudiantes universitarios con una edad promedio de  $21,3 \pm 2,2$  años entre un mínimo de 18 y un máximo de 23, con un 56% de varones y un 86,9% de solteros.
- El 75% fueron católicos, el 89,3% vive en la zona urbana y la edad de inicio de la vida sexual activa del 54,8% del grupo fue entre los 15 y 19 años de edad.
- En la postintervención hubo un significativo aumento en los conocimientos sobre las entidades de transmisión sexual: condiloma, herpes, sífilis, gonorrea, tricomoniasis y clamidiasis, sobre las vías de transmisión, los signos y síntomas de las ITS y su curación ( $P < 0,05$ ).
- En la valoración de las actitudes en la postintervención se encontró incremento significativo en la recomendación de acudir donde los padres en caso de portar una ITS ( $P = 0,002$ ), en la recomendación de utilizar preservativo ( $P = 0,006$ ) y en la higiene inmediata después de las relaciones con desconocidos ( $P = 0,023$ ).
- En la valoración de las prácticas, después de la intervención, hubo disminución en las preferencias homosexuales, en el sexo anal y en relaciones con desconocidos, pero la disminución no fue significativa. Hubo aumento significativo en la práctica de conversar con la pareja sobre las ITS ( $P = 0,003$ ), en evitar las relaciones en

estado de embriaguez ( $P = 0,023$ ) y en el uso del preservativo en las relaciones fortuitas ( $P = 0,048$ ).

- En el análisis de la autoeficacia para prevenir el SIDA los resultados postintervención mostraron un aumento significativo en la seguridad para decir NO a la propuesta de realizar relaciones sexuales, para averiguar antecedentes de ITS y otras experiencias sexuales, para utilizar el condón, mantener fidelidad y conversar con los padres sobre sexualidad.
- En una visión conjunta de los resultados generales, que demuestran un incremento significativo en todos los conocimientos pero poco significativo en las actitudes y en las prácticas, podría entenderse que en una población estudiantil especialmente universitaria ciertas conductas ya están establecidas y tendrían mucho que ver con el aspecto cultural *a priori* y por tanto serían poco modificables.
- De otro lado, según estudios similares realizados sobre todo en el ámbito de la educación, la modificación de las prácticas requiere de intervenciones periódicas, períodos más prolongados y evaluaciones permanentes, precisamente como la manera más efectiva de medir la modificación de los conocimientos.

## **7.2. Recomendaciones**

- La metodología de los estudios CAPs son una excelente alternativa para educación sanitaria cuando los objetivos son modificar los conocimientos, las actitudes y las prácticas. Una vez conseguidos estos objetivos los resultados finales se traducen en una estrategia de prevención y reducción de riesgos para el individuo y para la comunidad, de manera que debe recomendarse su utilización en todos los ámbitos posibles donde la información no llega con oportunidad.
- Siendo que están demostrados los beneficios de los CAPs en todos los ámbitos donde se han realizado, debe ser una práctica periódica la realización de este tipo de investigación que cumple a la vez con la finalidad de educación para la salud de

forma permanente y permite evaluar las actitudes y las prácticas de los involucrados en los estudios. La metodología como tal debería ser incluida como línea de investigación de nuestra Facultad.

- La recomendación final sería la integración al currículo universitario de la educación sexual y reproductiva para fomentar esta información particularmente útil a los jóvenes para su concienciación frente a la necesidad de conseguir la mejor información sobre el tema y actuar con una sexualidad responsable.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Itzel Rosas Gutiérrez. Martín Serrano Sánchez. Conocimiento acerca de las Enfermedades de Transmisión Sexual entre estudiantes y trabajadores de las Universidad de las Américas Puebla, México. Disponible en: [http://www.infarmate.org/pdfs/julio\\_agosto07/ets.pdf](http://www.infarmate.org/pdfs/julio_agosto07/ets.pdf).
2. Cortes Alfaro, Alba, Sordo Rivera, María E., Cumba Abreu, Caridad et al. Comportamiento sexual y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de secundaria básica de Ciudad de la Habana, 1995-1996. Rev Cubana Hig Epidemiol. [online]. Jan.-Apr. 2000, vol.38, no.1 [cited 27 September 2007], p.53-59. Available from World Wide Web: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156130032000000100008&lng=en&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032000000100008&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1561-3003.
3. Torres, Pilar, Walker, Dilys M., Gutierrez, Juan Pablo et al. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/sida entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud pública Méx. [online]. 2006, vol. 48, no. 4 [citado 2007-10-04], pp. 308-316. Disponible en: <[http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-](http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-)
4. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.2001. [http://www.who.int/reproductive-Health/publications/es/mngt\\_stis/guidelines\\_es.pdf](http://www.who.int/reproductive-Health/publications/es/mngt_stis/guidelines_es.pdf)
5. Visconti, Ana. Infecciones de Transmisión Sexual. Arch. Gin. Obstet. [online]. 2005, vol.43, no.3 [citado 28 Septiembre 2007], p.107-107. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S079708032005000300001&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S079708032005000300001&lng=es&nrm=iso)>. ISSN
6. Guía de atención de las enfermedades de transmisión sexual.2000. Disponible en: <http://www.medicosgeneralescolombianos.com/ETS.htm>
7. Nelson Alvis, Salim Mattar, Jair Garcia, Edwin Conde y Alberto Diaz Infecciones de Transmisión Sexual en un Grupo de Alto Riesgo de la Ciudad de Montería, Colombia. Revista de Salud Pública Volumen 9 (1), Marzo 2007. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n1/v9n1a10.pdf>
8. Infecciones de transmisión sexual ITS-VIH SIDA. Características generales. <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=200406281>. ITSs síntomas y consecuencias. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161707>
9. Pautas para la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. Disponible en: <http://www.ops.org.bo-isi12604.pdf>
10. Integración de servicios para las infecciones de transmisión sexual (ITS) en los programas de planificación familiar (PF). Disponible en: <http://www.maqweb.org/spanish/present/its.pdf>

11. Blanca Bernal Alcántara, Griselda Hernández Tepichín, CONASIDA. Las enfermedades de transmisión sexual ETS): otro reto para la prevención y control de la epidemia del VIH/SIDA. Revista SIDA-ETS. Agosto-octubre, 1997 Vol.3, No.3 PP. 63-67 . Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/conasida/revista/1997>
12. OMS/FNUAP. Las prioridades de salud sexual y reproductiva reciben un espaldarazo al más alto nivel. Comunicado de prensa .2006. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr34/es/index.html>
13. FHI. Preservación de la fertilidad. Network 2004, Volumen 23, Número 2 Disponible en: [http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v23\\_2/index.htm](http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v23_2/index.htm)
14. Berdasquera Corcho, Denis, Lazo Alvarez, Miguel Ángel, Galindo Santana, Belkys María et al. Sífilis: pasado y presente. Rev Cubana Hig Epidemiol. [online]. Mayo-ago. 2004, vol.42, no.2 [citado 01 Octubre 2007], p.0-0. Disponible en la World Wide Web: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156130032004000200008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032004000200008&lng=es&nrm=iso)>.ISSN 1561-3003.
15. Berdasquera Corcho, Denis, Farinas Reinoso, Ana Teresa y Ramos Valle, Isora. Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. Rev Cubana Med Gen Integr. [online]. nov.-dic. 2001, vol.17, no.6 [citado 01 Octubre 2007], p.532-539. Disponible en la World Wide Web: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252001000600004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000600004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0864-2125.
16. OPS/OMS. Comunicado de prensa. Los condones protegen contra el cáncer del cuello uterino. Disponible en: <http://salud.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=10131&SE=SN>
17. Allen Betania, Cruz-Valdez Aurelio, Rivera-Rivera Leonor, Castro Roberto, Arana-García María Ernestina, Hernández-Avila Mauricio. Afecto, besos y condones: el ABC de las prácticas sexuales de las trabajadoras sexuales de la Ciudad de México. Salud pública Méx [periódico en la Internet]. [citado 2007 Oct 25]. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342003001100004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003001100004&lng=es&nrm=iso). doi: 10.1590/S0036-36342003001100004
18. Negroni-Belén Mirka, Vargas-Guadarrama Galileo, Rueda-Neria Celina Magally, Bassett-Hileman Sarah, Weir Sharon, Bronfman Mario. Identificación de sitios de encuentro de parejas sexuales en dos ciudades de la frontera sur de México, mediante el método PLACE. Salud pública Méx [periódico en la Internet]. [citado 2007 Oct 25]. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636342003001100010&lng=es&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342003001100010&lng=es&nrm=iso). doi: 10.1590/S0036-36342003001100010
19. Francisco Diez Canseco Montero, Aydeé Carrasco Contreras, Rosa María Cueto Saldívar. Linea de base para el proyecto de salud sexual y reproductiva con adolescentes afectados por la violencia. Ayacucho, Perú Septiembre, 2000. Disponible en: <http://www.saludsinlimitesperu.org.pe/pdf/InformeLineaBaseProyectoS.pdf>



20. ONU/SIDA Punto de vista: Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008  
Disponible en: [http:// www.unaids.org Boys in the picture.2000](http://www.unaids.org/Boys%20in%20the%20picture.2000)  
<http://www.promundo.org.br/BoysinthePicture.pdf>
21. Microsoft ® Encarta ® 2008. © 1993-2007 Microsoft Corporation.
22. Contreras Zaravia, Norma Roxana, Delgado Camacho, Arturo Uldarico, Iizarbe Castro, Víctor Oswaldo, Vábar Peña, Juan Carlos Sida: conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de estudiantes preuniversitarios en la ciudad del Cusco. Abril - Agosto 97, Año V N° 10. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/1997\\_n10/sida.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/1997_n10/sida.htm)
23. Judith Bäßler, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1993 Spanish Adaptation of the General Self-Efficacy Scale Auto-Eficacia Generalizada Disponible en:  
<http://userpage.fu-berlin.de/~health/spanscal.htm>
24. Patricia Noboa Ortega, Irma Serrano-garcía. Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de vih/sida en mujeres puertorriqueñas. Revista Latinoamericana de Psicología 2006, volumen 38, No 1, 21-43 Disponible en:  
<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rlp/v38n1/v38n1a02.pdf>
25. Fernández Costa Susana, Juárez Martínez Olga, Díez David Elia. Prevención del sida en la escuela secundaria: recopilación y valoración de programas. Rev. Esp. Salud Publica. [periódico en la Internet]. 1999 Nov [citado 2007 Nov 06] ; 73(6): . Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113557271999000600004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557271999000600004&lng=es&nrm=iso).
26. José L. Rodríguez, Begona Gros, Cristina Martínez, María José Rubio. Un software multimedia para la prevención del SIDA en adolescentes. 1999. Disponible en:  
<http://greav.net/portal/files/1999/SIDA.pdf>
27. Becco G. Vigotsky y las Teorías del Aprendizaje Conclusiones y Reflexión final 2000. Disponible en: [http://perso.wanadoo.es/angel.saez/pagina\\_nueva\\_165.htm](http://perso.wanadoo.es/angel.saez/pagina_nueva_165.htm)
28. Freire E. Evaluación y Modificación de los Conocimientos Actitudes y Prácticas de los Conscriptos de los Cuarteles Dávalos y Portete, frente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA. Tesis de Maestría. Universidad de Cuenca, 2007.
29. Campoverde I, Cárdenas J. Cumplimiento del Lavado de Manos por parte del personal del Servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso 2007-2008. Tesis de Grado, Universidad de Cuenca. Cuenca, 2009.
30. Jaramillo M del C, Mantilla G, Mata L. Conocimientos, Actitudes y Prácticas acerca de la Neurocisticercosis en las parroquias rurales del cantón Cuenca. Tesis de Grado, Universidad de Cuenca. Cuenca 2009.
31. Ulloa RM. Programa de Intervención para mejorar Conocimientos y Actitudes sobre la Tuberculosis y captar sintomáticos respiratorios. Area 1 de Salud del Cañar. Tesis de Maestría, Universidad de Cuenca. Cuenca, 2008.

32. Paulo Freire, perfil biográfico y académico. Disponible en formato electrónico: URL disponible en: <http://www.infoamerica.org/teoria/freire1.htm>
33. Ruiz AM y cols. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria. *Rev Sogia* 2005; 12(3):86-93.
34. Vera LM, López N, Orozco LC, Caicedo P. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. *Acta Med Colomb* 2001; 26:16-23.
35. Hernández JM, Toll JC, Díaz G, Castro J. Intervención Educativa sobre Sexualidad y Enfermedades de Transmisión Sexual. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000;16(1):39-44
36. Eisenberg M. Differences in sexual risk behavior between college students with same-sex and opposite sex experience: results from a national survey. *Archives of Sexual Behavior* 2001; 30(6): 575-90.
37. Asociación Pro Bienestar de la Familia Colombiana PROFAMILIA. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá: Printex Impresores LTDA, 2000.
38. Posada C. Realidades y Retos del Embarazo Adolescente. Medellín: CERFAMI, 2000.
39. 40. Escobar M. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de VIH/SIDA en personal médico, enfermería y laboratorio, Hospital Alemán Nicaragüense. Tesis para optar a título de Médico Integral. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN, Managua, 2009.
40. Velásquez A. Efecto de un CD Multimedia (Planeta Riesgo Xero) en los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA de adolescentes de Colegios de Lima Metropolitana. *Anales de la Facultad de Medicina*. vol 66, número 003. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima, 2005: 232-240.
41. Maddaleno M. Atención de salud del adolescente: un modelo en el nivel primario de atención en un sector urbano marginal de Santiago de Chile. In: *La Salud del adolescente en Chile: Corporación de promoción Universitaria*; 1988.
42. Tang CS, Lai FD, Chung TKH. Assessment of sexual functioning for chinese college students. *Archives of Sexual Behavior* 1997; 26(1): 79-90.

## 9. ANEXOS

### Anexo 1

#### MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha	Tiempo	Años cumplidos	Años
Procedencia	Región geográfica (área de división política a la que pertenece una persona y su relación con centros poblados urbanos o rurales	Región geográfica Centro poblado urbano o rural.	Provincia Urbano Rural	Nominal Si No
Sexo	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción. Y desenvolvimiento social.	Masculino Femenino	Masculino Femenino	Masculino Femenino
Conocimientos sobre las ITS	Conjunto de información adquirida en relación a ITS	Conjunto de información adquirida	Encuesta CAP	Si No
Actitud sobre ITS	Intenciones frente a una situación probable	Intenciones	Encuesta CAP y escala de autoeficacia SEA27 Indicador: Actitudes correctas frente a ITS Escala de Autoeficacia A. B. C.	Si NO Numérica
Prácticas sobre ITS	Comportamiento tomado frente a una situación específica	Comportamientos	Encuesta CAP Escala de autoeficacia SEA 27 A B C	Si NO

## Anexo 2

### UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE MEDICINA

#### “EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DEL CICLO DE COMUNES DE FILOSOFÍA, FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA”

Cuenca, 2008

Estoy entrevistando en la ciudad de Cuenca para averiguar sobre las infecciones de transmisión sexual. Le pido que conteste a las preguntas con toda sinceridad.

Confidencialidad: Las preguntas son completamente confidenciales, su honestidad en contestar estas preguntas nos ayudará a comprender sobre lo que las personas conocen, piensan y los diferentes tipos de comportamientos.

#### SECCIÓN I

01 NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO ☐☐☐

Fecha día ☐☐ mes ☐☐ año ☐☐

FUENTE-ESCUELA:

Ciclo Común Filosofía ☐

Ciencias de la Educación ☐

Lengua, literatura y Lenguajes Audio Visuales ☐ Cultura Física ☐

Historia y Geografía ☐

Lengua y Literatura Inglesa ☐

Lic. Ciencias Humanas Mención Gestión. Desarrollo Cultural ☐

Lic Educación General Básica ☐

Matemáticas y Física ☐

Psicología Educativa ☐

Derecho ☐

	Preintervención <input type="checkbox"/>	Posintervención <input type="checkbox"/>
<b>RESULTADO</b>		
Número	Preguntas	Categorías de codificación
<b>SECCIÓN II</b>		
P01	¿En qué día, mes y en qué año nació?	Día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
P02	¿Cuántos años tiene?	
P03	Genero	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
P04	Estado Civil	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>
P05	Religión	Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> T. de Jehová <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
P06	Residencia	Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>

SECCIÓN III		
P07	¿Qué infecciones de transmisión sexual conoce?	Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Herpes 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Sifilis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> SIDA 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Tricomoniasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Señale cuales-----
P08	¿Usted sabe cómo se transmiten estas infecciones?	Contacto sexual 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> sin penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Contacto sexual con penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Por una transfusión de sangre 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> De una madre infectada a su hijo por el embarazo, parto o lactancia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A través del beso o el sudor 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P09	¿Usted sabe cómo se manifiestan las infecciones de transmisión sexual?	Dolor el vientre bajo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Secreción por los genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Verrugas en genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Manchas en la piel 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Inflamación de Los ganglios 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1. Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P10	Son curables estas infecciones?	Sifilis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Blenorragia o Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> SIDA 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Trichomoniasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P11	Si conociera a un amigo o (a) con una ITS. ¿A dónde le recomendaría acudir para recibir atención?	A un hospital cercano 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A una farmacia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A otro amigo o (a) para que le sugiera tratamiento 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Conversar con sus padres 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Cuales _____
P12	Si un amigo o (a) tuviera una ITS; ¿Cuál sería su actitud?	Me alejaría de él o ella 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le ayudaría a curarse 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le diría que aprendió a hacer el amor 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Que es propio de la edad 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le sugeriría visitar a su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P13	¿Qué le aconsejaría a sus amigos para no infectarse con una ITS?	Tener conocimientos sobre las infecciones 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No tener relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Fidelidad a su pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Escoger bien la pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Usar condón en todas las relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Tener relaciones sin penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>

P14	¿Qué sugerencia le daría a un amigo o (a) que le comunica tiene relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos?	Protegerse con el uso del condón 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Lavar los genitales después de concluida la relación sexual 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Visitar al médico buscando orientación 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No tener relaciones sexuales con desconocidos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P15	¿Ha tenido relaciones sexuales?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P16	¿A qué edad inició su vida sexual?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años
P17	¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses?	<input type="text"/> <input type="text"/> Personas
P18	Ha tenido durante su vida relaciones sexuales con:	Personas del mismo sexo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Personas del sexo contrario 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Personas de ambos sexos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P19	¿Qué tipo de hábito sexual utiliza durante sus relaciones sexuales?	Sexo oral 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Sexo anal 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Coito genital 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P20	¿Ha padecido de alguna ITS?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Mencione cual o cuales _____
P21	¿Conversa con su pareja sobre estas infecciones?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P22	¿Ha tenido relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo los efectos de sustancias afrodisíacas?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P23	¿Utiliza condón en tus relaciones habituales con tu pareja?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>
P24	Si no lo ha utilizado. ¿Por qué?	Disminuye la sensibilidad 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No se utilizarlo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Me da pena negociarlo con mi pareja Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Siento vergüenza adquirirlo en la farmacia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Considero que mi pareja es estable Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
P25	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con personas desconocidas o poco conocidas?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P26	¿Ha utilizado el condón en relaciones fortuitas?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>

SECCIÓN VI: ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA, DE 27 ELEMENTOS, SEA-27  
A continuación se presentan una serie de preguntas en las cuales vas a encerrar en un círculo según el grado de seguridad que creas tener

<b>A) ¿Qué tan seguro está de ser capaz de decir No, cuando te propone tener relaciones sexuales?</b>	<b>Nada seguro</b>	<b>Algo seguro</b>	<b>Medio seguro</b>	<b>Muy seguro</b>	<b>Totalmente seguro</b>
1. Alguien conocido hace 30 días o menos	1	1	1	1	1
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti	2	2	2	2	2
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti	3	3	3	3	3
4. Alguien a quien has tratado con anterioridad?	4	4	4	4	4
5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo?	5	5	5	5	5
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales	6	6	6	6	6
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti	7	7	7	7	7
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales	8	8	8	8	8
9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol	9	9	9	9	9
10. Alguien con quien has estado utilizando drogas	10	10	10	10	10
11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto	11	11	11	11	11

<b>B) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de</b>	<b>Nada seguro</b>	<b>Algo seguro</b>	<b>Medio seguro</b>	<b>Muy seguro</b>	<b>Totalmente seguro</b>
1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?	1	1	1	1	1
2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a	2	2	2	2	2
3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?	3	3	3	3	3
4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?	4	4	4	4	4

<b>C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de....</b>	<b>Nada seguro</b>	<b>Algo seguro</b>	<b>Medio seguro</b>	<b>Muy seguro</b>	<b>Totalmente seguro</b>
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?	1	1	1	1	1
2. Usar correctamente el condón	2	2	2	2	2
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?	3	3	3	3	3
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga?	4	4	4	4	4
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?	5	5	5	5	5
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?	6	6	6	6	6
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	7	7	7	7	7
8. Acudir a la tienda a comprar condones?	8	8	8	8	8
9. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	10	10	10	10	10
10. Platicar con tu papá sobre temas sexuales	11	11	11	11	11
11. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales	12	12	12	12	12

**Anexo 3**

**Clave de calificación:**

**Conocimientos**

Pregunta 07 (puntuación final para la pregunta entre 11 y 10)

Conocimiento de las ITSs

Si reconoce:

Sífilis: 2 puntos

Gonorrea: 2 puntos

SIDA: 2 puntos

Condiloma: 1 punto

Trichomona: 1 punto

Clamidia: 1 punto

Herpes: 1

Otras relacionadas: 1 punto

Pregunta 08. Puntuación final 12 y -2

Conocimiento de las vías de transmisión de las ITSs

Si reconoce:

Contacto con penetración: 3 puntos

Materna: 3 puntos

Transfusión: 3 puntos

Otra con relación: 1 punto

Si reconoce:

Beso, sudor: -2 puntos

Contacto sexual sin penetración: 2 puntos

Pregunta 09. Puntuación final 10 y -2

Conocimiento de los síntomas y signos de las ITS

Si reconoce:

Secreción: 2 puntos

Dolor: 2 puntos



Verrugas: 2 puntos  
Inflamación: 1 punto  
Manchas: 1 punto  
Otras relacionadas: 2 puntos  
Otras no relacionadas: -2 puntos

Pregunta 10. Puntuación final entre 10 y -3

Conocimiento sobre curación de las ITS

Si reconoce:

Sífilis: 3 puntos  
Trichomona: 2 puntos  
Blenorragia: 3 puntos  
Clamidia: 2 puntos  
SIDA: -2 puntos  
Condiloma: -1 punto

**Actitudes**

Pregunta 11. Puntuación final entre 10 y menos 3

Recomendación a donde debe acudir un amigo(a) que padece una ITS

Si reconoce:

Médico Familia: 3 puntos  
Hospital: 3 puntos  
Conversar padres: 3 puntos  
Otros relacionados: 1 punto

Si reconoce:

Farmacia: -1 punto  
Otro amigo: -1 punto  
Otros no relacionados: -1 punto

Pregunta 12. Puntuación final por pregunta de 10 y menos 6

Actitud ante un amigo con una ITS

Si reconoce:

Acudir a médico de familia: 6 puntos

Ayudar a curarse: 4 puntos

Aleja: -2 puntos

Aprender a hacer el amor: -2 puntos

Propio de la edad: -2 puntos

Pregunta 13. Puntuación final entre 10 y menos 1 punto

Recomendación a un amigos para no infectarse con una ITS

Si reconoce:

Uso del condón: 3 puntos

Fidelidad a la pareja: 3 puntos

Contacto sin penetración: 2 puntos

Conocimiento: 1 punto

Escoger bien: 1 punto

No relación: -1 punto

Pregunta 14. Puntuación final entre 10 y cero

Recomendaciones a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos

Si reconoce:

Protegerse condón: 3 puntos

No relación con desconocidos: 3 puntos

Lavarse genitales: 2 puntos

Visitar al médico: 2 puntos

## **Prácticas**

Pregunta 15

No se evalúa.

Pregunta 16

No se evalúa

Pregunta 17. Puntuación final entre 10 y 4

Relaciones sexuales en los últimos 12 meses: número de parejas

1 persona: 4 puntos

2 personas: 6 puntos

Más de 2 personas: 10 puntos

Pregunta 18. Puntuación final entre 10 puntos y 4

Relaciones heterosexuales, bisexuales, homosexuales

Personas del sexo contrario: 4 puntos

Personas de ambos sexos: 6 puntos

Personas del mismo sexo: 10 puntos

Pregunta 19. Puntuación final entre 10 y uno

Tipo de práctica sexual

Anal: 5 puntos

Genital: 4 puntos

Sexo oral: 1 puntos

Pregunta 20. Puntuación final entre 10 y cero puntos

Padecimiento de ITS

No: 0 puntos

Si: 10 puntos

Pregunta 21. Puntuación final entre 10 y cero

Conversar con la pareja sobre ITS

Si: 0 puntos

No: 10 puntos

Pregunta 22. Puntuación final entre 10 y cero

Relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol u otras sustancias

No: 0 puntos

Si: 10 puntos

Pregunta 23: puntuación final entre 8 y 4 puntos

Uso del preservativo

Si siempre: 4 puntos

Si ocasionalmente: 6 puntos

Si nunca: 8 puntos

Pregunta 24.

No se evalúa

Pregunta 25.

Relaciones sexuales con desconocidos

No: 0 puntos puntuación final entre 10 puntos y cero puntos

Si: 10 puntos

Pregunta 26. Puntuación final entre 10 y 4 puntos

Uso del preservativo en relaciones sexuales con desconocidos

Siempre: 4 puntos

Ocasionalmente: 6 puntos

Nunca: 10 puntos

#### Anexo 4

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO DE EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS QUE TIENEN LOS CONSCRIPTOS SOBRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Cuenca-----

Sr.

Nos proponemos realizar una investigación sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), la misma que es importante para poder conocer lo que saben los jóvenes sobre estas infecciones y así poder prevenirlas para proteger a la comunidad. Esta investigación no conlleva ningún riesgo para la salud física y mental ni tiene costo alguno.

Su participación es voluntaria y podrá retirarse del estudio si así lo creyera conveniente.

El estudio consiste en asistir a reuniones y conferencias en número de cinco con una duración de una hora cada una y contestar un cuestionario por dos ocasiones. La información es estrictamente confidencial y será conocida únicamente por los investigadores.

---

Por medio de la presente acepto participar en el estudio.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Asistir a las conferencias y reuniones que en total serán seis con una duración de una hora cada una. Además contestaré dos cuestionarios de preguntas.

---

Declaro que se me ha informado sobre beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

- Conocer qué saben los jóvenes sobre las infecciones de transmisión sexual
- Mejorar las estrategias educativas en prevención de las infecciones de transmisión sexual
- Facilitarme los conocimientos.

---

Nombre y firma del entrevistado

---

Nombre y firma de los investigadores